附件6

\_\_\_\_\_年《重庆市儿童口腔疾病综合干预项目》定点医疗机构资质审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区县 |  | | | 单位名称 | |  | | | | |
| 医疗机构执业许可证号 | | | |  | | | | | | |
| 单位邮编 |  | | | 地点 | |  | | | | |
| 服务范围 | | | |  | | | | | | |
| 口腔医疗的诊室面积 | | | |  | | | | | | |
| 诊室服务内容 | | | |  | | | | | | |
| 社会服务（学校宣教情况） | | | | 项目单位开展学校口腔健康宣教的人数 人 | | | | | | |
| 口腔专业技术人员数 | | | 人 | 其中参加该项目口腔技术人员数 | | | | | 人 | |
| 其中参加该项目护士/师人员数 | | | | | 人 | |
| 牙椅数量 | | | 台 | 可提供给该项目的牙椅数 | | | | | 台 | |
| 医疗消毒隔离措施情况 | | | |  | | | | | | |
| 项目负责人 | |  | | 办公电话 |  | | | 移动电话 | |  |
| 项目联系人 | |  | | 办公电话 |  | | | 移动电话 | |  |
| 传真 | |  | | 就诊预约电话 | | | |  | | |
| 工作QQ | |  | | 电子邮箱 | | |  | | | |
| 定点医疗机构意见  （加盖公章） | | | | 日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 区（县）卫生健康行政部门审查意见（加盖公章） | | | | 日期： 年 月 日 | | | | | | |