附件7

\_\_\_\_\_年《重庆市儿童口腔疾病综合干预项目》定点医疗机构

操作人员资质一览表

区县 单位名称 联系人 联系电话

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 学历 | 专业技术职称 | 口腔执业医师/护士执业证书号 | 注册的医疗机构 | 项目中的分工 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |