附件1

江城区儿童六龄齿免费窝沟封闭项目医疗机构资质审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区属 |  | | | 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 | | | |  | | | | | | | |
| 口腔专业技术人员数 | | | 人 | 其中参加该项目人员数 | | | | | 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 | | | |  | | |
| 申报日期 | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 区卫生健康局审查意见  （加盖公章） | | | | 日期： 年 月 日 | | | | | | |