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 |