

# 山东省口腔医院（山东大学口腔医院）

## 口腔专科联盟成员单位申请表

|                                                                                                        |  |    |  |                   |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|--|-------------------|----------------------------------------------------------|
| 医疗机构名称                                                                                                 |  |    |  | 医疗机构类别            |                                                          |
| 执业证登记号                                                                                                 |  |    |  | 机构类型              | <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 非公立 |
| 医疗机构地址                                                                                                 |  |    |  | 编制口腔专业<br>床位（牙椅）数 | 床 牙椅                                                     |
| 口腔专业<br>实际开放床位数                                                                                        |  |    |  | 实际开放牙椅数           |                                                          |
| 口腔专业<br>年出院人次                                                                                          |  |    |  | 口腔专业<br>年门诊人次     |                                                          |
| 口腔专业<br>年手术台数                                                                                          |  |    |  | 口腔专业<br>年急诊人次     |                                                          |
| 院长姓名                                                                                                   |  | 手机 |  | 邮箱                |                                                          |
| 医务科主任姓名                                                                                                |  | 手机 |  | 邮箱                |                                                          |
| 口腔科主任姓名                                                                                                |  | 手机 |  | 邮箱                |                                                          |
| 联络员姓名                                                                                                  |  | 手机 |  | 邮箱                |                                                          |
| 贵院是否为山东省口腔医院已签约协议医院： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 合作形式：                       |  |    |  |                   |                                                          |
| 申请机构口腔专业基本情况介绍：<br>（包含合作资质、管理水平、专科规模、发展潜力和专科能力等情况，以及合作的相关要求。）<br><b>请另附页填写，并提供医疗机构执业许可证（副本）电子版或复印件</b> |  |    |  |                   |                                                          |
| 申请机构法人代表签字：<br><br><br>单位盖章：<br>年 月 日                                                                  |  |    |  |                   |                                                          |
| 合作办医领导小组审核意见：<br><br><br>负责人签字：<br>年 月 日                                                               |  |    |  |                   |                                                          |
| 山东省口腔医院党政联席会决议：<br><br><br>院长签字：<br>年 月 日                                                              |  |    |  |                   |                                                          |

请申请机构将纸质版申请表签字盖章后，扫描发送至 [yizheng@sdu.edu.cn](mailto:yizheng@sdu.edu.cn)