|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | | 医疗机构类别 | |  |
| 执业证登记号 |  | | | 机构类型 | | □公立 □非公立 |
| 医疗机构地址 |  | | | 编制口腔专业  床位（牙椅）数 | | 床 牙椅 |
| 口腔专业  实际开放床位数 |  | | | 实际开放牙椅数 | |  |
| 口腔专业  年出院人次 |  | | | 口腔专业  年门诊人次 | |  |
| 口腔专业  年手术台数 |  | | | 口腔专业  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 |  |
| 双向转诊咨询电话 | （口腔专科医院为咨询处座机，综合医院为口腔科座机） | | | | | |
| 贵院是否为山东省口腔医院已签约协议医院： □是 □否 合作形式： | | | | | | |
| 申请机构口腔专业基本情况介绍：  （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。）  **请另附页填写，并提供医疗机构执业许可证（副本）扫描版** | | | | | | |
| 申请机构法人代表签字：  单位盖章：  年 月 日 | | | | | | |
| 合作办医领导小组审核意见：  负责人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 山东省口腔医院党政联席会决议：  院长签字：  年 月 日 | | | | | | |