附件2

南山区学校龋病防治项目定点医疗机构

资质审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属街道 |  | | 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 | 其中参加该项目口腔技术人员数 | | | 人 |
| 其中参加该项目护士/师人员数 | | | 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 |  | | |
| 工作QQ或微信号 |  | | 电子邮箱 |  | | |
| 申报日期 | | | 年 月 日 | | | |
| 单位意见  （加盖公章） | | | 日期： 年 月 日 | | | |