附件:

西山区儿童六龄牙免费窝沟封闭项目定点医疗机构

申报审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位名称 |  | | |  | |
| 医疗机构执业许可证号 |  | | |  | |
| 单位地址 |  | | |  | |
| 服务范围 |  | | |  | |
| 口腔医疗的诊室面积（m2） |  | | |  | |
| 口腔专业技术人员数 |  | 其中参加该项目人员数 |  |  |
| 牙椅数量 |  | 可提供给该  项目的牙椅数 |  |  |
| 医疗消毒隔离措施情况 |  | | |  | |
| 项目负责人 |  | 电话 |  |  | |
| 申报日期 |  | | |  | |
| 申报单位意见 （加盖公章） |  | | |  | |
| 初审意见 |  | | |  | |
| 审批意见 |  | | |  | |