**附表1**

**广州市儿童六龄齿免费窝沟封闭项目定点医疗机构资质审查表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区属 |  | 申请单位名称(公章) |  |
| 医疗机构执业许可证号 |  |
| 口腔医疗诊室面积 |  | 地点 |  |
| 服务范围 |  | 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 |  |
| 预约电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 申报日期 | 年 月 日 | 申报人及电话 | / |
| 项目办受理日期 | 年 月 日 | 项目办受理人 |  |
| 区项目办受理意见(加盖公章) | 日期： 年 月 日 |
| 区卫生健康局审查意见(加盖公章) | 日期： 年 月 日 |

附表2

广州市儿童六龄齿免费窝沟封闭项目定点医疗机构操作人员资质一览表

**区属\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 单位名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **学历** | **专业技术职称** | **口腔执业医师/护士执业证书号** | **注册的医疗机构** | **项目中的分工** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

附表3

广州市儿童六龄齿免费窝沟封闭项目医疗机构口腔科相关设备设施核查登记表

单位全称 机构详细地址

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 仪器设备名称 | 型号 | 出厂日期 | 数量 | 设备运转情况 | 计量检定日期 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |

评审人签名： 机构负责人签名(单位公章): 日期： 年 月 日