附件1

社区医院建设试点单位申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | （医疗机构执业许可证名称） | | |
| 单位地址 |  | 业务用房建筑面积 |  |
| 法人代表姓名 |  | 联系电话 |  |
| 服务人口数（万人） |  | 在岗人员数（人） |  |
| 实际开放床位数 |  | 2018年度床位使用率 |  |
| 2018年度诊疗人次 |  | 2018年度出院人次 |  |
| 开设科室类别 | （包括门诊、医技、诊疗及医院管理等科室设置情况） | | |
| 住院病区设置情况 |  | | |
| 特色科室或临床重点专科建设情况 |  | | |
| 参与医联体建设情况 | （参与医联体建设后医疗服务能力和质量提升情况及上级医院对本机构支持措施等；未参与的可不填） | | |
| 县级财政支持情况 | （包括资金投入、人事聘用、考核分配等方面创新性举措） | | |
| 机构简介（可附页，限1500字） | (机构医疗设备、人才队伍情况；基本医疗、基本公卫、家庭医生签约、人员培训等工作开展情况；曾获奖励荣誉等情况。  盖章： 日期： 年 月 日） | | |
| 县级卫生健康行政部门意见 | 盖章： 日期： 年 月 日 | | |
| 地市级卫生健康行政部门意见 | 盖章： 日期： 年 月 日 | | |