

援助设备申请表

申请单位全称 (单位盖章)							<input type="checkbox"/> 地市级医院 <input type="checkbox"/> 区县级医院 <input type="checkbox"/> 乡镇中心卫生院	
单位详细地址				邮编				
				电话				
单位联系人		电话			手机			
申 请 单 位 概 况	院长		电话			手机		
	占地面积			服务区域人口				
	职工人数			病床数量				
	医院等级	<input type="checkbox"/> 三甲 <input type="checkbox"/> 三乙 <input type="checkbox"/> 二甲 <input type="checkbox"/> 二乙 <input type="checkbox"/> 其它						
	临床科室:							
	特色科室:							
	辅助科室:							
	临床医师: 初级职称: 中级职称: 高级职称:							
	技 师: 初级职称: 中级职称: 高级职称:							
	近二年情况 (若 2021 年信息 尚未完成统计, 可填写 2020、 2019 年信息)	项目时间	单位	2021 年	2020 年	收费标准		
		门诊人数	人次					
		住院人数	人次					
流水收入		万元						
拍片数量		人次				DR		
彩超数量		人次				彩超		
生化数量		人次				生化		
体检数量		人次				体检		
援助设备要求 (根据设备清单上的信息, 填写拟申请设备名称及所需 台数)	1、							
	2、							
	3、							
	4、							
	5、							
	6、							
	7、							
	8、							
申请单位所在地市 (县、区) 卫生局或人 民政府意见								
援助单位意见								