山东省精神卫生中心专科联盟申请表

医院名称（加盖公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拟申请专科联盟  名称（可多选） | | | □强迫症专科联盟  □成瘾医学专科联盟  □神经调控专科联盟 | | | | | | | | |
| 法人代表 | |  | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 医院性质 | | □政府办医疗机构  □社会办医疗机构 | | | | 医院等级 | | □三甲□三乙  □二甲□二乙 | | | 是否已签约 |
| □专科医院  □综合医院 | | | |  |
| 行政级别 | |  | | | 编制  床位数 |  | | 开放  床位数 | |  | |
| 单位简介及相关业务开展情况 | | | | | | | | | | | |
| 专业技术人员情况 | | | | | | | | | | | |
| 医师资源 | | 共 人（高级 人，中级 人，初级 人）。其中，精神科医师共 人 （高级 人，中级 人，初级 人）。 | | | | | | | | | |
| 护士资源 | | 共 人（高级 人，中级 人，初级 人）。 | | | | | | | | | |
| 主要联络人员信息  （推荐职务包括联盟理事1名、办公室联络员1名） | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 单位/职务 | | | 职称 | | | 联系电话 | | 推荐职务 | | |
|  |  | | |  | | |  | | 联盟理事 | | |
|  |  | | |  | | |  | | 办公室联络员 | | |