附件

**儿童早期矫治规范化诊疗项目建设单位**

**申请表**

申报机构（盖章）：

单位联系人：

联系电话：

电子邮箱：

申请日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **机构儿童早期矫治业务基本情况**   （数据截止到2024年9月30日） | | | | | | | | |
| 机构名称 | |  | | | | | | |
| 机构类别 | | 公立口腔专科医院□ 公立综合医院□ 私立□ | | | | | | |
| 医院等级 | | （若机构类别是公立医院，填写该项） | | | | | | |
| 机构地址 | |  | | | | | | |
| 项目负责人 | |  | | 联系电话 | | |  | |
| 儿童早期矫治隶属科室 | |  | | 儿童早期矫治开展年限 | | |  | |
| 年儿童就诊人次  （12周岁及以下患者）  注：年度汇总数据填报时间段为2023  年1月1日至 2023年12月31日 | |  | | 牙椅位数（把） | | |  | |
| 医生人员数（人） | |  | | 医护人员比例 | | |  | |
| 高级职称人数（人） | |  | | 中级职称人数（人） | | |  | |
| **二、机构教育能力** | | | | | | | |
| 近3年内（2021-2023年）主办学术会议情况  （会议名单附后） | | | |  | 口腔类 | | 矫治类 |
| 国际性（场/次） |  | |  |
| 全国性（场/次） |  | |  |
| 省级（场/次） |  | |  |
| **三、申请材料目录** | | | | | | | |
| 1.医疗机构执业许可证  2.医疗机构情况说明（1500字左右）  2.1医疗机构总体概况  2.2医疗机构儿童早期矫治业务人员情况（医护人员数量、学历、职称、年龄配置；学科带头人介绍等）  2.3医疗机构儿童早期矫治业务相关设备配置及投入情况  2.4医疗机构儿童早期矫治业务服务能力情况（服务量、辐射范围等）  2.5医疗机构儿童早期矫治业务主要诊疗技术开展情况  2.6儿童早期矫治专业相关科研项目及成果  2.7其他相关情况说明  3.近3年（2021-2023年）主办学术会议名单及相关材料  4.参加启颜计划-儿童早期矫治规范化诊疗项目研讨会相关证明材料  5.区域儿童早期矫治规范化诊疗项目推广工作相关证明材料 | | | | | | | |
| **四、单位意见** | | | | | | | |
| 单位法人签字： | | 单位（盖章）： | | | | | |