附件1

**黄埔区医疗机构抗菌药物静脉输注资质申请审核表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称  （盖公章） |  | | | | |
| 机构地址 |  | | | | |
| 法定代表人 |  | 主要负责人 |  | 机构类别 |  |
| 核准诊疗科目 |  | | | | |
| 受理意见 | 签名： 年 月 日 | | | | |
| 经办人  审核意见 | 签名： 年 月 日 | | | | |
| 科室负责人  审核意见 | 签名： 年 月 日 | | | | |
| 局领导  审核意见 | 签名： 年 月 日 | | | | |

申请单位联系人： 联系电话：