编号：SDSZYYyltzj-202🞎-🞎🞎🞎

医联体合作开展情况

总结暨续约申请

**申请单位（合作方）： （盖章）**

**申请日期：**

**山东省中医院公共事业发展部制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医院名称** |  | | | | | | | | | |
| **医院类别** | **（例如：综合医院、中医院）** | | | **医院等级** | | | **（例如：二级甲等）** | | | |
| **地 址** |  | | | | | | **邮政编码** | | |  |
| **法定代表人** |  | | **联系电话** | | |  | | | | |
| **医联体工作分管院领导** |  | | **联系电话** | | |  | | | | |
| **医联体工作负责人** |  | | **联系电话** | | |  | | | | |
| **首次签约时间** |  | | **续约时间** | | |  | | | | |
| **医院实际开放床位数** |  | | **医院业务用房建筑面积** | | | | | | **m2** | |
| **医院在岗人数** | **共 人，其中卫生技术人员 人，占总人数的 %** | | | | | | | | | |
| **专科设置** | **临床科室 个，医技科室 个** | | | | | | | | | |
| **业务情况** | **业务收入**  **（万元）** | **门诊量**  **（万人次）** | | | **手术**  **（台次）** | | | **出院**  **（人次）** | | |
| **2023年度** |  |  | | |  | | |  | | |
| **2024年度** |  |  | | |  | | |  | | |
| **加入省中医专科联盟情况** |  | | | | | | | | | |
| **来省中医进修情况** |  | | | | | | | | | |
| **转诊情况** |  | | | | | | | | | |
| **自制剂调剂情况** |  | | | | | | | | | |
| **参加省中医“尚德学院”情况** |  | | | | | | | | | |
| **参加省中医牵头学术活动情况** |  | | | | | | | | | |
| **专家工作室建立运行情况** |  | | | | | | | | | |
| **接收山东中医药大学应届生就业情况** |  | | | | | | | | | |
| **其他方面合作情况** |  | | | | | | | | | |
| **续约合作期间风险负担** | **申请单位（合作方）严格遵守国家法律规定，依法执业，承诺不利用合作关系做不实宣传、谋取不正当利益，如出现前述情况，山东省中医院有权自行终止合作，并追究申请单位（合作方）相关责任。**  **山东省中医院工作人员为履行合作义务，在往返申请单位（合作方）途中或在申请单位（合作方）场所内遭受人身伤害或财产损失的，申请单位（合作方）须向山东省中医院工作人员承担赔偿责任。**  **山东省中医院卫生技术人员可为申请单位（合作方）提供技术指导等相关服务；山东省中医院为申请单位（合作方）提供服务期间，申请单位（合作方）与患者发生医疗纠纷或造成医疗事故的，由申请单位（合作方）承担一切责任。**  **可加行说明其他情况。** | | | | | | | | | |
| **申请单位意见** | **我单位自愿申请续约，加入山东省中医院医联体，遵守医联体协议内容，积极参与支持医联体活动，在享受医联体所赋予的权利的同时愿意承担医联体所规定的各项义务。**  **法定代表人（签章）：**  **（单位公章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | |
| **山东省中医院公共事业发展部审批意见** | **部门负责人：**  **（部门公章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | |