附件2

贵阳市救护车配置申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构全称 |  | | | |
| 地  址 |  | | | |
| 组织机构代码证 |  | | 执业许可证编号 |  |
| 医疗机构等级 | 等 级       未评级□ | | 编制床位数 | 张 |
| 机构分类（√） | 公立医院□     社会办医院□      基层医疗卫生机构□  公共卫生机构□； 120医疗急救网络医院：是□    否□ | | | |
| 目前救护车配置情况：（√）  无□；  有□，共   辆。 | 目前配置救护车分类：  1.院前医疗急救救护车   辆；（A型 辆、B型 辆、C型 辆）  2.其他用途救护车   辆；（卫生应急□ 转运本单位患者□疫苗血液及特殊医疗卫生物品运输□ 巡回医疗□）  3.疫苗冷链车   辆，  4.非医疗急救转送服务车 辆： | | | |
| 拟申请配置救护车      辆 | | | 新增□    更新□     捐赠□ | |
| 拟申请配置  救护车分类 | 1.院前急救医疗救护车：  A型□  B型□  C型□  2.其他用途救护车□ （卫生应急□ 转运本单位患者□疫苗血液及特殊医疗卫生物品运输□ 巡回医疗□）  3.非医疗急救转送服务救护车□:A型□  B型□  C型□ | | | |
| 配置（更新）主要理由：    （公 章）                        负责人签名：                     年   月   日 | | | | |
| 区（县、市）卫生健康行政部门初审意见 | | （公章）       负责人签名：                    年   月   日 | | |
| 市卫生健康局  审核意见 | | （公章）  负责人签名：                    年   月   日 | | |

一式两份     联系人：         联系电话：