

附件 1

侯马市基层医疗机构静脉输液及抗菌药物静脉输注 核准申请表

医疗机构名称（盖章）			
法定代表人		联系电话	
核准诊疗科目		机构类别	
申请技术项目 （在“□”内用划“√” 方式填报）	☐ 静脉输液 ☐ 抗菌药物静脉输注 法定代表人签名： 年 月 日		
审核意见	☐ 合格 ☐ 不合格 不合格原因： 审核人员： 年 月 日		
卫体局 审核意见	同意开展 ☐ 静脉输液 ☐ 抗菌药物静脉输注 领导签字： 盖章 年 月 日		