**弹性门诊申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申报科室** |  | | **科室位置** |  |
| **固定诊室名称** |  | | **固定诊室位置** |  |
| **科室联系人** |  | | **联系人电话** |  |
| **申报医生名单** | | | | |
| **姓 名** | **职 称** | **出诊门诊名称** | | **弹性门诊模式** |
| 张 三 | 主任医师 | 毛发门诊 | | 固定时间（周一上午9:30-10:30，10个号） |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| 注：1、**弹性门诊开设地点需固定**，由科室自行安排。  2、科室位置指科室所在地点，如妇产科科室位置是医疗综合楼7楼；固定诊室名称由科室指定；**固定诊室位置需标明房间名称和房间号**。  3、申报专家名单中“出诊门诊名称”指目前所拥有的门诊权限，如肿瘤科\*\*\*医生，可出诊门诊有“乳腺病门诊”、“乳头溢液门诊”、“乳腺钙化门诊”等。  4、弹性门诊模式选择填写“固定时间”或者“任意时间”，**选择“固定时间”须注明具体时间及号源量**。  5、请如实填写申报表格，申报工作结束后将统一在医务部备案。 | | | | |

**科室主任签字：**