附件4

**市（县）医疗机构名录**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **医疗机构名称** | **医疗机构等级** | **医疗机构类型** | **医疗机构性质** | **医疗机构床位数** | **医疗机构员工人数** | **医疗机构注册地/地址** | **联系人姓名/职务/手机号码** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、用EXCEL表格形式报送；

2、“医疗机构名称”应规范填写医疗机构注册全称；

3、“医疗机构等级”填写：三级甲等/三级乙等/二级甲等/二级乙等/一级医院/未评级等；

4、“医疗机构类型”填写：综合/专科等；

5、“医疗机构性质”填写：公立/民营/部队等；

6、“医疗机构床位数”按照医疗机构当前实际开放床位数填写；

7、“医疗机构员工人数”填写医疗机构当前全体在岗工作人员；

8、“医疗机构注册地”填写医疗机构在何级政府所属的行政部门注册：海南省/XX市（县）/XX市（县）XX区等，地址填写医疗服务开设地点，如有分支机构请按照开设地点所在辖区分别填写；

9、“联系人姓名/职务/手机”分别填写该机构感控工作（数据上报审核）负责人的姓名、现任职务及手机号码。