附件2：

海南省“福康工程”项目定点机构申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | 成立时间 |  |
| 单位地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  | 上级主管部门 |  |
| 申报联系人  及电话 |  | | 机构登记证号码 |  | |
| 机构类别 | □卫健（西医） □卫健（中医） □卫健（民营） □公立康复机构  □民营康复机构 □其他： | | | | |
| 肢体畸形手术康复、假肢矫形器配置能力情况 | 年收治肢体畸形手术 例，收治肢体康复 例，配置假肢 具，矫形器 具。其他： | | | | |
| 专业人员情况 | 骨科主任医师 名，骨科副主任医师 名，骨科主治医师 名，康复医师 名，康复治疗师 名，康复护士 名，假肢师 名，矫形器师 名。其他： | | | | |
| 既往开展过的肢体畸形手术康复等服务内容 | □上肢畸形手术 □下肢畸形手术 □康复咨询 □康复评估 □运动疗法 □作业疗法 □理疗 □传统疗法 □生活自理能力训练 □社会适应性训练  □假肢配置 □矫形器配置 其他： | | | | |
| 社区肢体残疾康复的指导 | 年培训家长/亲友 名，社区康复员 名。其他： | | | | |
| 机构申报意见：  签字（盖 章）： 日期： | | | | | |
| 行业主管部门意见：  盖 章： 日期： | | | | | |