

# 院外巡诊保健医疗服务需求申请单

单位（盖章）：

需医疗服务事由			
服务类型	①会议 ②考试 ③体育运动 ④军训 ⑤突发事件 ⑥其他_____		
服务对象	①学生 ②教职工 ③校内外专家 ④离退休人员 ⑤其他_____		
服务日期		服务起止时间	
到岗地点（详细）			
需医疗保障力量	医生：_____名，护士：_____名 驻点社会救护车（每车随车 1 驾驶员 1 医 1 护）：_____辆		
特别要求备注			
保障人员劳务酬金 （需求单位支付）	（驻点救护车服务费按照物价标准，需申请单位和社会医疗机构另行结算）		
需求单位现场联系人		联系电话	
需求单位申请人		联系电话	
需求单位负责人意见	意见：_____		签名：_____
校医院负责人意见	意见：_____		签名：_____

说明：

- 1.各单位填报的《巡诊保健医疗服务需求申请单》是校医院安排本院医务人员或协助联系外院医疗力量进行院外医疗保障服务的依据。
- 2.为提供精准服务，请需求医疗服务单位按上表要求详细填写，一事一单。除突发事件外，需提前一周把《申请单》报校医院办公室，联系电话：83792293，传真：83792293。
- 3.校医院门诊部根据医院负责人意见和医疗保障人力资源情况，统筹安排本院医务人员和协助联系外院医疗力量完成院外医疗服务派工单，对接服务需求单位申请人或现场联系人。