

附件 1

山东省乡镇卫生院评价申请表

卫生院名称			
通讯地址		邮编	
主要负责人		联系电话	
医疗机构执业许可证号编码			
自查结果	基本标准达标数		核心条款达标数
	C 级		C 级
	B 级		B 级
	A 级		A 级
床位数	张	床位使用率	
申请评定类别	等	申请时间	年 月 日
申请承诺：坚决维护乡镇卫生院评价工作的公平、公正，如实提交所需资料，绝不弄虚作假。			
主要负责人签字： 单位（盖章） 年 月 日			
县（市、区）卫生计生行政部门意见：			
主要负责人签字： 单位（盖章） 年 月 日			
注：1. 本表由申请单位主要负责人签字、加盖单位公章后逐级上报。 2. 本表一式三份，评价乡镇卫生院、县（市、区）卫生计生行政部门、设区市卫生计生行政部门各一份。			

附件 2

(存 根)

_____市乡镇卫生院评价

受理通知书

(卫生院评受〔 〕 号)

_____卫生院:

你院评价申请收悉，经审查，符合参评资格，拟定于____年__月__日至____年__月__日对你院进行评价。

特此通知。

年 月 日

.....

_____市乡镇卫生院评价

受理通知书

(卫生院评受〔 〕 号)

_____卫生院:

你院评价申请收悉，经审查，符合参评资格，拟定于____年__月__日至____年__月__日对你院进行评价。

特此通知。

年 月 日

附件 3

山东省乡镇卫生院评价判定标准

内容 类别	第一至第七章基本标准			核心条款			备注		
	C 级	B 级	A 级	C 级	B 级	A 级	床位	床位使用率	
甲等	90%	≥ 60%	≥ 20%	100%	≥ 70%	≥ 20%	≥ 50	≥ 65%	可选标准 为必选内 容
乙等	80%	≥ 50%	≥ 10%	100%	≥ 60%	≥ 10%	≥ 20	—	