**医疗卫生与健康服务申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请单位** |  | | | | | | |
| **申请事由** |  | | | | | | |
| **地 点** |  | | | **日 期** | | **月 日** | |
| **场 次** |  | | | **工作时间** | | **上午：**  **下午：**  **晚上：** | |
| **医护人员需求人数** | | **人** | | **服务对象总人数** | |  | |
| **是否有劳酬** | |  | | **金额** | |  | |
| **申请单位**  **意 见** | **负责人签字： （公章）**  **年 月 日** | | | | | | |
| **联系人： 联系电话：** | | | | | | |
| **医院意见** | **院领导签字： （公章）**  **年 月 日** | | | | | | |
| **科主任签字： 联系电话：** | | | | | | |
| **派出人员** | **姓名** | | **一卡通号** | | **手机号** | | **签名** |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |

**备注：1、请提前一周申请，一式两份，一份留存医院，一份由保健医生带往申请单位留存。**

**2、由于校医院人员有限，医务人员参加学校及各院系医疗保障工作均为个人休息时间，为方便安排工作，请根据工作时长支付相应劳酬。劳酬标准（参考洪山区卫健局医疗保障支付标准）：4小时以内算半天，按300元结算，8小时以内算全天，按600元结算，超过8小时算加班。**