

附件：

口腔种植体、口腔正畸托槽联采办成员单位申请表

申请单位名称			
口腔种植年均服务量 (2023-2025 年)		口腔正畸年均服务量 (2023-2025 年)	
单位地址 (连锁民营医疗机构 请填写总部所在地)		机构数量 (连锁民营医疗机构 填写)	
联络人姓名及职务		手机号码	
口腔种植、正畸业务 开展情况简介			
单位签章	单位负责人签字： <div>单位盖章：</div>		