

附件：白求恩·白内障疾病管理计划项目项目医院申请表

白求恩·白内障疾病管理计划项目 项目医院申请表

申请机构基本信息			
医疗机构名称			
科室		科室负责人	
项目负责人信息			
项目负责人		联系方式	
是否具备散光 IOL 手术经验 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		眼科工作年限 5 年及以上 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
设备目录			
电脑验光设备	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	眼压设备	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
角膜内皮计数设备	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	角膜地形图设备	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
IOL-Master500	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	IOL-Master700	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
眼前节照相设备	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	眼底检查设备	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
眼科 B 超设备	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		

(机构盖章)