附件5 门-005

**专家门诊/特需专家门诊**

**变更申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科 室 |  | 姓 名 |  | 职 称 |  |
| 门诊类别 | □专家门诊 □特需专家门诊 | | | | |
| 变更项目 | □出诊时间  □增减单元  □更改设置：单元接诊量、预约方式、号源投放比例、其他；  □长期停诊申请恢复 | | | 申请日期 |  |
| 变更原因及内容：  申请人签字： | | | | | |
| 科室意见：  科主任签字： 年 月 日 | | | | | |
| 门诊部意见：  门诊部主任签字： 年 月 日 | | | | | |