附件3

**衡阳市总工会“关爱职工口腔行动”申请表2**

“缺牙修复（活动义齿）”适应症患者填写

**编号：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 身份证号 |  | |
| 工作单位 |  | | 家庭地址 |  |
| 患者姓名 |  | 身份证号 |  | |
| 与职工关系 |  | 联系电话 |  | |
| 申请人签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  年 月 日 | | 基层工会审核意见：  公章：  年 月 日 | | |
| 市总工会审核意见：  公 章  年 月 日 | | 医院审核意见：  负责人： 公 章  年 月 日 | | |
| 活动说明   1. 活动对象：衡阳市机关、企事业单位职工（含退休人员）。   2、对符合条件的适应症患者实施“活动义齿”治疗，费用全额减免。  免费项目：治疗费、指定活动义齿材料、术后复查。  3、恒美/恒德口腔全权负责医疗过程中发生的任何医疗纠纷的解释和处理，市各级工会不承担在整个医疗过程中所产生的一切医疗纠纷及衍生的一切责任。 | | | | |