**创建山东省“示范孕妇学校”申报表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | 地址 |  | |
| 联系人 |  | 电 话 |  | 邮箱 |  |
| 产科病床数 |  | 2022年  分娩量 |  | 是否山东省妇幼保健协会会员单位 |  |
| 孕妇学校 | 房屋面积 |  | 现有设备设施情况 |  | |
| 是否专用 |  |
| 专职人员  （人数） |  | 联系人 |  | |
| 开展孕妇学校时间 |  | 联系电话 |  | |
| 邮 箱 |  | |
| 是否愿意参加项目工作 |  | | 单位领导签字  单位盖章 |  | |