**中日医院肛肠专科医联体申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请单位名称** |  | | | | | |
| **详细地址** |  | | | | **邮编** |  |
| **院办联系人** |  | **职务** |  | | **手机** |  |
| **医院所有制性质** | 公立□ 私立□ | | **医院级别** | | 二级□三级□ | |
| **是否愿意与中日医院开展远程医疗合作** | | | | 是□ 否□ | | |
| 院长姓名 |  | 手机 |  | | 邮箱 |  |
| 科室负责人 |  | 手机 |  | | 邮箱 |  |
| 医联体联系人 |  | 手机 |  | | 邮箱 |  |
| **单位意见：**  **（单位公章）**  **日期：** | | | | | | |

**感谢贵单位积极参与肛肠中心医联体工作，请将电子版申请表发送至邮箱**：gczkylt2017@126.com**。**