肛肠专科医联体区域诊疗中心申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | | 医院等级 |  |
| 院总床位 |  | 科室床位 |  | 科室医生  人数 |  |
| 医院地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 法人代表 |  | | | 联系电话 |  |
| 专科负责人 |  | | | 联系电话 |  |
| 专科介绍（300字左右） | | | | | |
| （包块业务范围，年门诊量、手术量，科研与获奖，举办会议情况等） | | | | | |
| 专科负责人介绍（200字左右） | | | | | |
|  | | | | | |
| 申报科室所在单位意见  单位负责人签名：    部门（单位）印章 年 月 日 | | | | | |