**《赤峰市医院移动护理需求说明书》**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 合同编号 |  | 合同签订日期 |  | |
| 系统工程开始日期 |  | 系统产品 上线运行日期 |  | |
| 项目进度 |  | 模块名称 | 移动护理 | |
| **详细需求** | | | | |
| **问题类型：** | | | **日期要求** |  |
| **需求描述**：给赤峰市医院神经内科病重（病危）患者护理记录单中增加列大便  **需求目的：**  **需求分析**： | | | | |
| 备注：   1. 以上客户化定制需求为甲乙双方最终确认； 2. 乙方承诺于 年 月 日之前完成。 | | | | |
| **甲方（盖章）： 乙方（盖章）：**  **甲方项目组代表： 乙方项目组代表：**  **日期： 日期：** | | | | |