

全国肝病精准诊疗技术平台

远程培训会诊基地项目

申 请 表

申请单位名称：_____（盖章）

填 报 日 期：_____年____月____日

《全国肝病精准诊疗技术平台远程培训会诊基地》

医院会员申请表

申请单位名称			
申请单位地址/邮编			
法定代表人		单位电话	
项目负责人		联系电话	
单位营业面积/m ²		医院性质/等级	
床位数/张		诊疗人次/年	
医务人员数		重点科室	
营业额/年		手术室面积/m ²	
覆盖人口数/县		覆盖乡镇数/县	
覆盖行政村数/县		肝病科医务人员数	
肝病科诊疗人次/年		肝病科营业额/年	
肝病培训及其他设备			
项目申请单位意见： <div style="text-align: right;">签字：</div>			
项目单位意见： <div style="text-align: right;">签字：</div>			