全国心血管远程医疗联盟平台

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

**《全国心血管远程医疗联盟平台远程培训会诊基地》**

**项目申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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/㎡ | |  | 医院性质/等级 |  |
| 床位数/张 | |  | 诊疗人次/年 |  |
| 心内科医务人员数 | |  | 心外科医务人员数 |  |
| 体检中心医务人员数 | |  | 康复中心医务人员数 |  |
| 重点科室数 | |  | 医院营业额/年 |  |
| 手术室面积/㎡ | |  | 覆盖人口数/县 |  |
| 覆盖乡镇数/县 | |  | 覆盖行政村数/县 |  |
| 体检人次/年 | |  | 心内科诊疗人次/年 |  |
| 心外科手术人次/年 | |  | 康复人次/年 |  |
| 心血管科营业额/年 | |  | | |
| 心内主要设备 |  | | | |
| 心外主要设备 |  | | | |
| 项目申请单位意见： | | | | |
| 项目单位意见： | | | | |