**中国前列腺治疗康复技术创新联盟医院成员单位报名表**

医院名称：（公章）本单位联盟负责人：电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | |
| 医院地址 |  | | |
| 医院级别 |  | 法人 |  |
| 医院床位总数 |  | 医师总数 |  |
| 具备的相关仪器设备 |  | | |
| **泌尿外科信息** | | | |
| 科室主任 |  | 联系电话 |  |
| 科室床位数 |  | 科室医师总数 |  |
| 是否是重点专科 |  | 门诊人次/年 |  |
| 出院人次/年 |  | 主要诊治疾病种类（前五位） |  |
| 承担市级以上课题 |  | | |
| 荣获主要奖励 |  | | |