

急诊专科医联体市县协同高质量发展委员会 (市县牵手行动) 申请表

单位基本情况					
名称				医院级别	
地址				邮政编码	
医院类别	<input type="checkbox"/> 地市 <input type="checkbox"/> 县级市 <input type="checkbox"/> 县 <input type="checkbox"/> 区				
科室相关信息					
科室总床位数		抢救床位数		EICU床位数	
急诊留观床位数		急诊病房床位数		年急诊量	
医生数		护士数量		是否为规培基地	
科室特色					
负责人(个人)基本情况					
姓名		性别		籍贯	
学历		职称		出生年月日	
联系方式	办公电话			传真	
	手机			电子邮箱	
学术兼职					
本地区开展学术交流情况					
申请人承诺	上述信息真实有效，本人及所在科室自愿申请加入急诊专科医联体市县协同高质量发展委员会，遵守医联体章程，积极参与支持医联体活动；在享受医联体所赋予的权利的同时愿意承担医联体所规定的各项义务。 科室负责人签字：				
申请单位 加盖公章		推荐人		终审意见	