

# 急诊专科医联体单位成员申请表（地市级）

\_\_\_\_\_市（隶属省：\_\_\_\_\_）

单位基本情况					
名称				医院级别	
地址				邮政编码	
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					
申请人基本情况					
姓名		职称		职务	
政治面貌		身份证号码			
联系方式	办公电话			手机	
	电子邮箱				
学术兼职					
申请人承诺	<p>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，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。</p> <p>科室负责人签字：_____</p>				
申请单位 加盖公章		推荐人		终审意见	