附件1：

云南省心内科专科联盟成员单位申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 协作医疗机构 |  | | | | |
| 医院地址 |  | | | | |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  | 医院等级 |  |
| 协作工作负责人 |  | 联系电话 |  | 医院属性 | 公立□ |
| 民营□ |
| 其它□ |
| 医院所在区域  （市、县） |  | | | | |
| 医院基本情况 |  | | | | |
| 心内科学科情况 |  | | | | |
| 学科建设规划 |  | | | | |
| 需帮助解决事项 |  | | | | |
| 申请单位意见 | 年 月 日 | | | | |