**中日医院疼痛专科医联体申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请单位名称** |  | | | | |
| **详细地址** |  | | | **邮编** |  |
| **院办联系人** |  | **职务** |  | **手机** |  |
| **是否愿意参加中日医院疼痛专科医联体** | | | | **是□ 否□** | |
| **是否愿意与中日医院开展远程医疗合作** | | | | **是□ 否□** | |
| **院长姓名** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **疼痛科主任** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **疼痛科副主任** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **疼痛科联系人** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |

**感谢贵单位积极参与疼痛医联体工作，请将电子版申请表及调查问卷发送至邮箱**ttzkylt@sina.com