**中日医院中西医结合肿瘤专科医联体申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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肿瘤专科医联体** | | | | **是□ 否□** | |
| **是否愿意与中日医院开展远程医疗合作** | | | | **是□ 否□** | |
| **院长** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **主管院长** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **肿瘤科主任** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **中医科主任** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |

**感谢贵单位积极参与肿瘤专科医联体工作，纸质版申请表及单位营业执照复印件加盖公章后快递或邮寄至中日医院，电子版申请表及调查问卷发送至专用邮箱。**

**地址：北京市朝阳区樱花东街2号A栋5层中西医结合肿瘤内科，100029，刘猛，15210511316**

**专用邮箱：zlzkjs@163.com**