附件4

**中日医院呼吸专科医联体申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请单位名称** |  | | | | **单位级别** |  | | |
| **详细地址** |  | | | | **邮编** | |  | |
| **是否愿意参加中日医院呼吸专科医联体** | | | | | **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** | |  | |
| **院办联系人** |  | | **手机** |  | **邮箱** | |  | |
| **医务处联系人** |  | | **手机** |  | **邮箱** | |  | |
| **呼吸与危重症医学科主任** |  | | **手机** |  | **邮箱** | |  | |
| **呼吸与危重症医学科副主任** |  | | **手机** |  | **邮箱** | |  | |
| **呼吸与危重症医学科联系人** |  | | **手机** |  | **邮箱** | |  | |
| **请勾选有意愿加入的协作组** | | | | | | | | |
| **全国肺栓塞与肺血管病防治协作组** | |  | | **慢阻肺协作组** | | | |  |
| **全国呼吸危重症协作组** | |  | | **间质性肺疾病协作组** | | | |  |

**感谢贵单位积极参与呼吸医联体工作，请将电子版申请表及调查问卷**

**发送至邮箱**hxzkylt2016@126.com