附件1

北京市社区专病特色科室建设单位申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申报机构** |  | | |
| **机构负责人** |  | **联系电话** |  |
| **科室负责人** |  | **联系电话** |  |
| **申报专病科室名称** |  | | |
| **基本条件**  **情况** | 重点围绕基本标准中初步具备的条件进行阐述（500字以内，可附页）。 | | |
| **区卫生健康委**  **初审意见** | 日期：  （盖章） | | |