附件3

北京市社区专病特色科室建设联合申报表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **培育基地** | 医院科室名称 |  | | |
| 专病名称 |  | | |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 医院意见 | 日期：  （盖章） | | |
| **建设单位** | 机构名称 |  | | |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 机构意见 | 日期：  （盖章） | | |