

附件 1

## “智慧医院”示范建设申请表

申请机构			
地址			
联系人		联系电话	
Email		传真	
医院等级		医院类型	综合型/专科型
申请等级	<input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 五级		
申请机构盖章   年 月 日		主管部门盖章   年 月 日	
<input type="checkbox"/> 同意申报 <input type="checkbox"/> 不同意申报，原因_____			
经办人：                      审核人：                      批准人： 年 月 日                      年 月 日                      年 月 日			
备注：本表一式两份，分别由申请机构、管理机构留存。			