附件1

|  |
| --- |
| **湖南中医药大学第一附属医院****基层医疗帮扶计划实施项目申请表** |
| 申请资料编码 | 　 | 申请日期 | 　 |
| 申请医院基本情况 | 医院全称（含简称） | 　 |
| 医院注册地址 | 　 |
| 医院网址 | 　 | 注册资金 | 　 |
| 医院性质 | 　 | 医院法人 | 　 |
| 职工人数 | 　 | 床位数 | 　 |
| 院办或医务部固定电话 | 　 | 经办人及联系电话 | 　 |
| 医院基本 情况简介 |      公 章 年 月 日 |
| 医院中医药 开展情况 |  |
| 湖南中医药大学第一附属医院审批意见 | 初步考察意见 | 　 |
| 基层医疗服务 中心意见 |  |
| 医务部意见 | 　 |
| 项目组领导 审批意见 | 　 |
| 相关资料附件 | 1、医院营业执照及法人身份证复印件；2、其他相关医院资质证明复印件；3、以上资料及复印件均加盖公章，如有伪造责任由申报方自行承担。 |