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。 | | |