**助力医院高质量发展项目**

**申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请负责人信息** | 姓名 |   | 性别 |   | 职称 |  |
| 电话 |  | 手机 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 工作单位 |  |
| 所在部门 |  |
| **申请单位信息** | 名称 |  |
| 医院介绍 | 医院级别、规模、是否公立医院、地区等，可另附文件发送至邮箱 |
| 官网地址 |  |
| 申请物资类型 |  | 申请物资数量 |  |

 本人代表\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_医院申请助力医院高质量发展项目的资助，并确保所填信息已获取相关人员的知情同意，严格遵守助力医院高质量发展项目相关资助规定。

申请方（公章）

 申请负责人（签字）：

 年 月 日