**慢病诊疗及防治能力提升项目**

**申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人姓名 |  |
| 申请人所在医院 |  |
| 申请人医院科室 |  |
| 申请人联系电话 |  |
| 申请人邮箱 |  |
| 申请人职称 |  |
| 申请内容及申请承诺 | 本人自愿申请参与**慢病诊疗及防治能力提升项目**，知晓项目的目标和内容，会根据项目计划要求参与患教活动。且本申请表格填写内容真实无误。申请医院：申请时间：申请人签字： |