

四川大学华西第二医院生殖男科专科联盟成员申请表

申请医院名称		医院等级	
组织机构代码			
申请医院地址及邮编			
院长姓名		手机	邮箱
生殖男科主任姓名		手机	邮箱
联盟单位秘书姓名		手机	邮箱
男科医师人数		床位（张）	
男科年门诊人次		年出院人数	
贵院是否为四川大学华西第二医院医联体单位（在相应方框□打√）：是□、否□			
贵院是否为四川大学华西第二医院远程会诊成员单位（相应方框□打√）：是□、否□			
贵院男科基本情况简介：			
申请单位意见		审核单位意见	
（盖章） 年 月 日		（盖章） 年 月 日	

备注：纸质版申请表需要签字、盖章。