# 中国血液病专科联盟成员单位申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请时间： 2021.年 月 日 | | | **医院简介（见附件1）** | |
| 单位名称 |  | | 法人代表 |  |
| 通讯地址 |  | | 邮政编码 |  |
| **科室简介（见附件2）** | | | | |
| 学科负责人 | 姓名 |  | 职务 |  |
| 电话 |  | 手机 |  |
| Email |  | | |
| 联系人 | 姓名 |  | 职务 |  |
| 电话 |  | 手机 |  |
| Email |  | | |
| 科室规模 | 床位数 |  | 百级层流病床数 |  |
| 总诊疗人次/年 |  | 出院人次 |  |
| 平均住院日 |  | 优势血液亚专科病种 |  |
| 科室人员结构 | 医师总人数 |  | 正高人数 |  |
| 副高人数 |  | 硕士及以上人数 |  |
| **与联盟牵头单位合作情况**  **（见附件3）** | | **承担省部级以上科研项目介绍（见附件4）** | **学科近期（3~5年内）发展规划**  **（见附件5）** | |
| 申请单位意见 | 我院已了解中国血液病专科联盟的宗旨及性质，自愿申请加入本联盟，并积极参与联盟工作。  （申请单位盖章） 年 月 日 | | | |

**填写说明：**

1. 表中标有“见附件”内容：请提供相关附件；

2. 科室数据以本次申请时间上一年数据为准；优势血液亚专科病种限填写3个；

3. 请将申请表打印盖章扫描后，与电子版一起发送至邮箱：[**zklm@ihcams.ac.cn**](mailto:zklm@ihcams.ac.cn)。

联系电话：022-23909014。

## 附件1：医院简介

## 附件2：科室简介

## 附件3：与联盟牵头单位合作情况

## 附件4：承担省部级以上科研项目介绍

## 附件5：学科近期（3～5年内）发展规划