江苏省病理科专科联盟加盟申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 一般情况 | 医院机构名称 |  | 医院机构等级 |  |
| 医疗机构地址 |  | 邮 编 |  |
| 科主任（代表） |  | 联系电话 |  |
| 职 称 |  | 邮 箱 |  |
| 申请科室简介及加盟需求 |  |
| 申请单位意见 | 单位公章 年 月 日 |
| 联盟牵头单位意见 | 单位公章 年 月 日 |