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 | | | |