附件2

自治区老年医学科规范化建设机构申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报单位名称 | （加盖单位公章） | | |
| 所在行政区划 | 地（州、市） 县（市、区） | | |
| 机构类型 |  | | |
| 单位法人 |  | 联系电话 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 申报单位基本情况、工作举措：（可附页，控制在2000字） | | | |
| 县（市、区）卫生健康委意见： （公章）  年 月 日 | | 地（州、市）卫生健康委意见： （公章）  年 月 日 | |
| 专家组现场审核意见：    年 月 日 | | 自治区卫生健康委意见： （公章）  年 月 日 | |