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 |