附件

云影像平台申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称（盖章） |  | | |
| 联系人姓名 |  | 职务/职称 |  |
| 电话 |  | 邮箱 |  |
| 影像设备列表 | |  | |
| 是否有PACS | |  | |

（此表可复制）

注：填写完表格发送到zhoubo@cnmia.org。