附件

**2022年社会办辅助生殖医疗机构国家行业评价报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **医疗机构名称**  **（全称）** | **医疗机构地址** | **机构**  **类别** | **建筑**  **面积** | **注册**  **医师数** | **单位邮箱** | **法定**  **代表人** | **手机号** | **负责人** | **手机号** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.连锁社会办辅助生殖医疗机构可通过集团总部，对属下各辅助生殖医疗机构集中统一填写报名表，表格可自行添加行；

2.社会办辅助生殖医疗机构类别分为医院、门诊部、诊所三类；

3.请于2022年9月15日前将报名表电子版发送至该邮箱szyx@cnmia.org。