附件1

申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称（盖章） |  | | |
| 联系人姓名 |  | 职务/职称 |  |
| 电话 |  | 邮箱 |  |
| 医疗机构需求（需要的请打🗸） | | | |
| 1、互联网医院（ ） 2、流量联盟 （ ） | | | |

（此表可复制）

注：[填写完表格发送到zhoubo@cnmia.org，报名截止时间2020年2月29](mailto:填写完表格发送到zhoubo@cnmia.org，报名截止时间2020年2月29)日。