附件1：

**申报参评机构信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构全称 | 机构地址 | 机构类别 | 机构等级 | 负责人姓名 | 电话 | 联系人姓名 | 电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.机构类别为医院（综合/专科）、第三方独立中心、护理院、门诊部、诊所、其他。

2.请于7月19日前将电子版附件反馈至邮箱2785719214@qq.com。

附件2：

**中国非公立医疗机构协会**

**专家信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **地区** |  | **学历** |  | **照**  **片** |
| **学位** |  | **职称** |  | **政治面貌** |  |
| **单位** |  | | | **职务** |  |
| **身份证号** |  | | **业务擅长** |  | |
| **电子信箱** |  | | **办公电话** |  | |
| **通讯地址** |  | | | **移动电话** | |  |
| **社会兼职情况** |  | | | | | |
| **个人专业特长及成果介绍（可另附页）** | | | | | | |
| **申请人签名（单位推荐须加盖公章）** | | | | **中国非公立医疗机构协会审核意见** | | |
| **年 月 日** | | | | **（协会公章）**  **年 月 日** | | |