|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | 盈利  非盈利 |  | | 医院  等级 | | |  |
| 医院地址 |  | | | | | | | | |
| 院长 |  | | | | 联系方式 | | |  | |
| 分管院长 |  | | | | 联系方式 | | |  | |
| 医联体项目联系人1 |  | | | | 联系方式 | |  | | |
| 是否加入其他医联体 | | 否  是：已加入XX医院医联体 | | | | | | | |
| 医院简介及合作意向 | | （业务收入、床位数、门诊量、手术量、上年度出院人数、各级别专业技术人员数量、大型设备情况、专业设置、重点专科、科研教学情况等） | | | | | | | |

**医疗联合体成员单位申请表**