**区域医疗专业能力提升项目**

**申请书**

申请医院基本情况：

申请医院名称：

申请医院地址：

申请医院联系人：

联系人职务：

联系方式：

邮箱：

申请医院需求说明：

（注：根据医院需求自行填写，医疗培训、学术交流、患者交流、平台建设、科普建设、软件能力提升等）

申请医院：

日期：