附件1

广东省互联网医疗服务监管平台接入申请表

|  |  |
| --- | --- |
| **申请单位** |  |
| **性质** |  **🞎公立 🞎民营**  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  | **邮编** |  |
| **接入业务** **负责人** |  | **手机号码** |  | **身份证号码** |  |
| **通信地址** |  | **邮箱** |  |
| **相关资质** | **单位资质（医疗执业许可证，符后）** |
| **机构属地** |  |
| **拟开展服务范围** | **（内科、外科、儿科、妇科等）** |
| **相关服务承诺** |  |
| **申请理由** |   |
| **申请单位意见** |
| **法人（签字）：** **（单位印章）** **年 月 日** |