附件2

广东省医疗机构康复医疗服务试点工作申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医疗机构名称 | 联络人姓名 | 职称 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（联系人：李俐辉，联系电话：020-83640594，电子邮箱：wsjkw­\_lilihui@gd.gov.cn）

 单位盖章：

 日 期： 年 月 日