**四川大学华西第二医院华西儿肾联盟成员申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请医院名称 |  | | 医院等级 |  | |
| 组织机构代码 |  | | 机构类型 | 公立□、非公立□ | |
| 申请医院地址及邮编 |  | | | | |
| 院长姓名 |  | 手机 |  | 邮箱 |  |
| 医务科主任姓名 |  | 手机 |  | 邮箱 |  |
| 儿科主任姓名 |  | 手机 |  | 邮箱 |  |
| 专科带头人姓名 |  | 手机 |  | 邮箱 |  |
| 联盟单位秘书姓名 |  | 手机 |  | 邮箱 |  |
| 儿科医师人数 |  | | 儿科床位（张） |  | |
| 儿科年门诊人次 |  | | 儿科年出院人数 |  | |
| 贵院是否为四川大学华西第二医院医联体单位（在相应方框□打√）：是□、否□ | | | | | |
| 贵院是否为四川大学华西第二医院远程会诊成员单位（相应方框□打√）：是□、否□ | | | | | |
| 贵院目前儿童肾脏专科核心技术开展情况（在相应方框□内打√）：  1.儿童血液净化：血液透析□、腹膜透析□、血液灌流□、CRRT□、血浆置换□  2.儿童尿动力学检查：开展□、未开展□  3.儿童肾活检：开展□、未开展□ | | | | | |
| 贵院小儿肾脏专科基本情况简介(可另附页填写)： | | | | | |
| 申请单位意见  （盖章）  年 月 日 | | | 审核单位意见  （盖章）  年 月 日 | | |

备注: 纸质版申请表需要签字、盖章。邮寄地址：四川省成都市武侯区人民南路三段17号西部妇幼医学研究院；收件人：张世豪；联系电话：028-85501755；邮政编码：610041。