**交大二院专病门诊申报表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请科室** |  | **专病名称** |  |
| **门诊地点** |  | **门诊时间** |  |
| **2015年该病种门诊量** | |  | |
| **本专病开展的基础条件（必须包含医疗组人员构成、组长简介、协作科室、协作协调机制）** | | | |
| **本专病所具备的学科优势，以及本专病开展对医疗品牌建设、学科发展的促进效果，应用推广前景（社会及经济效益）** | | | |
| **科室讨论意见**  **主任签字：**  **年 月 日** | | | |
| **院内专家组意见**  **专家签字：**  **年 月 日** | | | |
| **医务部意见**  **主任签字：**  **年 月 日** | | | |
| **门诊部意见**  **主任签字：**  **年 月 日** | | | |
| **院领导意见**  **院领导签字：**  **年 月 日** | | | |