**开通互联网门诊诊疗板块申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科目名称 | |  | | | | |
| 开设原因： | | | | | | |
| 申请人签名 |  | | 联系电话 |  | 申请日期 |  |
| 科室意见 | 学科主任签名： | | | | | |
| 门诊部意见 | 负责人签名： | | | | | |
| 备注：1.完成签字后请将表格交至门诊5楼门诊质控办公室，联系人：朱老师，18980533916（微信同号）。  2.请将表格发送至邮箱：scsrmyymzb@163.com。 | | | | | | |