附件

**国家儿童健康与疾病临床医学研究中心**

**协同创新网络单位申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位名称 |  | | | | |
| 单位组织机构代码 |  | | | | |
| 医院等级 | 三级甲等（ ） 三级乙等（ ）  二级甲等（ ） 二级乙等（ ） | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 机构类型 | 综合（ ） 专科（ ） | | | | |
| 机构性质 | 盈利（ ） 非盈利（ ） 中外合资（ ） | | | | |
| 单位负责人  相关信息 | 法人姓名 |  | | 职称职务 |  |
| 联系人 |  | | 职称职务 |  |
| 电子邮箱 |  | | 联系电话 |  |
| 一.拟合作国家儿童健康与疾病临床研究重点方向：（可多选）  儿童发展与健康促进（ ）儿科危急重症综合救治（ ）儿童重大疾病综合防治（ ） | | | | | |
| 二. 是否申报核心单位： | 是 （ ） | | 否 （ ） | | |
| 三. 本单位成为国家临床医学研究中心协同创新网络单位的优势及基础（包括与领域相关的研究基础，临床医学研究和临床资源情况，多中心研究取得的成效，在新技术、新方法、新产品等开发与应用方面取得的进展） | | | | | |
| 申报单位  意见 | 签名/盖章： 年 月 日 | | | | |
| 国家儿童健康与疾病  临床医学研究中心  审核意见 | 签名/盖章： 年 月 日 | | | | |