附件1

江苏省医疗机构互联网医疗服务申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位 |  |
| 单位地址 |  | 邮编 |  |
| 联系人 |  | 电话 |  |
| 申请内容 | 1. 开展互联网诊疗□2. 将互联网医院作为第二名称□3. 独立设置互联网医院□ |
| 申请核定互联网医院名称 | 1.2.3. |
| 互联网服务信息系统建设情况 | 医疗机构自建系统□与第三方机构合作建立系统□直接入驻江苏省互联网医疗服务监管系统□ |
| 提供材料目录 | 1.2.3.4. |
| 申请单位意见：法定代表人（或主要负责人）签字： 单位盖章：年 月 日 |