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 | | | |