附件：

**中医药慢病防治示范单位申报表**

编号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | 企业性质 |  |
| 通信地址 |  | | | | 邮政编码 |  |
| 电 话 |  | | | | 传 真 |  |
| 网址 |  | | | | 电子邮件 |  |
|  | 姓名 | 性别 | 年龄 | 职务 | 职称 | 联系电话 |
| 法人代表 |  |  |  |  |  |  |
| 联系人 |  |  |  |  |  |  |
| 申报选择 | （ ）中医药慢病防治示范单位  （ ）中医药慢病防治示范基地  （ ）中医药慢病防治优势技术（产品）  （ ）中医药慢病防治健康推广服务中心(站) （ ）中医药慢病防治康养示范基地  请在（ ）内打“√”选择 | | | | | |
| 单  位  简  介 |  | | | | | |