附件1

互助保障诊疗进一线申请表

申请单位：（盖章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 诊疗进一线活动时间： 年 月 日 时 分 | | | |
| 诊疗进一线活动地点： | | | |
| 参加人数： | | | |
| 诊疗进一线预选科室 | □心内科、□消化内科、□呼吸与危重症医学科、□内分泌、□血液科、□肿瘤内科、□感染性疾病科、□妇科、□乳腺外科、□眼科、□中医科、□脊柱外科、□肝病科、□风湿科  （至多不能超过10个科室） | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 备注 |  | | |

注：参加互助保障诊疗进一线的单位必须为职工互助保障会员单位