

附件 2

医联体建设备案表

牵头医院名称（加盖公章）：

组建的医联体名称							
医联体模式 (请在□划√)		☐ 医疗集团 ☐ 医共体 ☐ 专科联盟 ☐ 远程医疗协作网					
服务区域							
法人代表				联系电话			
医院性质	☐ 政府办医疗机构 ☐ 社会办医疗机构			医院等级			
行政级别		编制床位数		开放床位数			
全院职工数		医护人员数		管理人员数			
已拥有的 重点专科 名称							
联系人		联系电话		电子邮箱			
加入的成员 单位							

备注：医联体章程、协议书附本表后一并上报。