附件

**“过敏性疾病精准诊疗与临床研究协作网”**

**单位申报书**

法 人：

联 系 人：

申 请 单 位：

申 请 时 间： 年 月 日

2025年3月

**填报说明**

一、申报书各项内容，应实事求是、逐条认真填写。表达明确、严谨。外来语应同时使用原文和中文表达。第一次出现的缩写词，须标注出全称。

二、申报书文本采用A4纸，篇幅不够的栏目可自行加页。

三、申报书各项内容，请务必提供真实有效的证明材料，如存在弄虚作假行为，一经发现，取消申报资格。证明材料统一编辑为word文档，并提供证明材料目录。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申报单位 | |  | | | | | | | | | |
| 法人 | | 法人  姓名 |  | 性别 | |  | | 手机 |  | | |
| 职务 |  | 职称 | |  | | 邮箱 |  | | |
| 地址 |  | | | | | | | | |
| 联系人 | | 申报人  姓名 |  | | 性别 |  | | 手机 |  | | |
| 职务 |  | | 职称 |  | | 邮箱 |  | | |
| 地址 |  | | | | | | | | |
| 单  位  主  要  成  员 | 姓名 | | 性别 | 出生年月 | | | 学历 | 科室 | | | 职务/职称 | 任务分工 |
|  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
| 申报单位在相关领域  的情况综述（包括在  本领域的人才培养、  诊疗服务情况、相关  的业务活动、梳理出  的问题、下一步计划等，  字数 1500 左右）  （可另附页） | | | |  | | | | | | | | |
| 法人承诺 | | 本人作为单位法人，郑重承诺申报材料真实有效。  法人签字： | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位意见 | | 申报材料内容真实，符合相关法律法规；本单位能够达到申报协作网所需的标准，同意承担该信誉保证，并接受管理委员会的全程监督。  医疗机构（签章）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 管理委员会  讨论意见 | | 管理委员会（签章）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |