**“大医万里行——肿瘤义诊公益活动”**

**申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请医院名称 |  |
| 申请医院等级 |  |
| 申请医院科室 |  |
| 申请医院联系人 |  |
| 申请医院联系电话 |  |
| 申请义诊疾病领域 |  |
| 可提供场地面积 |  |
| 可提供免费诊疗设备 |  |
| 是否开展交流会议 |  |
| 申请内容  及申请承诺 | 本医院自愿申请参与“大医万里行——肿瘤义诊公益活动”，知晓项目的目标和内容，会根据项目计划要求参与义诊活动。且本申请表格填写内容真实无误。          申请医院：  申请时间：  申请人签字： |