**医疗卫生与健康服务申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| **申请单位** |  |
| **申请事由** |  |
| **地 点** |  | **日 期** |  **月 日 — 月 日** |
| **场 次** |  | **工作时间** | **上午：****下午：****晚上：** |
| **医护人员需求人数** |  | **服务对象总人数** |  |
| **申请单位****意 见** |  **负责人签字： （公章）****年 月 日** |
| **联系人： 联系电话：**  |
| **医院意见** | **院领导签字： （公章）**  **年 月 日** |
| **科主任签字： 联系电话：**  |
| **派出人员** | **姓名** | **一卡通号** | **手机号** | **签名** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**备注：请提前一周申请，一式两份，医院和申请单位各执一份。**