附件：1

 **机构信息登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| **机构名称** |  |
| **机构地址** |  | **邮 编** |  |
| **座 机** |  | **传 真** |  |
| **机构性质** | □公立 非公立：□民营□外资□中外合资□混合制□上市公司□国有公司 |
| **机构规模** |  等级： 床位数： |
| **机构类型** | □综合医院□专科医院□检验机构□健康管理机构□其它医疗机构 |
| **法人代表** |  | **手机号** |  | **邮箱** |  |
| **联系人** |  | **手机号** |  | **邮箱** |  |
| **机构简介：（可另附页）** |
| **机构推荐意见** | **中国非公立医疗机构协会意见** |
| **（印章）****年月 日** | **（印章）****年月日** |