附件二：

**山东省社会办医疗机构协会**

**资源共建共享平台交流项目申报表**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **联系人** |  | **职务** |  |
| **电话** |  | **邮箱** |  |
| **项目名称** |  |
| **项目类别** | **1.学科共建( ) 4.集采特供( )****2.医生交流( ) 5.咨询培训( )****3.技术推广( ) 6.其他:**  |
| **推介项目简介** |   |
| **需求项目****说明** |  |
| **是否需要现场****交流、洽谈、对接** | **是（ ）****否（ ）** | **是否需要参加****会展、上台推介** | **是（ ）****否（ ）** |
| **单位意见** | **（印章）** **年 月 日** |

备注：除上述表格中提及的内容外，也可以附件形式提供合作交流项目相关详细资料，打包后与本表一起发送至省协会邮箱sdshbyxh@163.com。