**北京大学专科基地申报汇总表**

专科基地所在医院（盖章）：

联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 专科代码 | 专科名称 | 专科基地负责人 | 医院审核意见 | 备注9 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：可另附表

|  |  |
| --- | --- |
| 医 院 审 查 意 见 | 主管院长签字： 年 月 日 |
| 医 学 部 审 查 意 见 | （盖公章）年 月 日 |