附件2：

中国卒中急救地图申报表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请开通区域 |  省 市 |
| 管理医院信息 | 机构名称 |  | 组织机构代码 |  |
| 医院级别 | 口高级卒中中心（含建设）口示范高级卒中中心 |
| 负责人姓名 |  | 手机 |  |
| 职务 |  | 邮箱 |   |
| 参与医院名单及负责人信息 | 医院名称 |   | 姓名 |  |
| 电话 |  |
| 医院名称 |  | 姓名 |  |
| 电话 |  |
| 医院名称 |  | 姓名 |  |
| 电话 |  |
| …… |  |  |  |
|  |  |
| 卫生行政部门意见： 盖 章 年 月 日 |

**注：参与医院资质需由区域地图管理医院根据实际情况评审并负责，如出现虚假评审等情况，将与高级卒中中心现场考评结果挂钩。**