佑安肝病感染病专科医疗联盟合作意向

回执(CDC及研究所填写)

|  |  |
| --- | --- |
| 是否同意参加联盟参加协作组 | □ 同意 □ 不同意 □ 不同意对协作组组成及工作建议 |
| 申请单位基本信息 | 机构名称 |  |
| 经营性质 |  |
| 单位级别 |  |
| 单位人数 |  |
| 申请单位联系人 | 联系人 |  | 部门/职务 |  |
| 手机 |  | 办公电话 |  |
| 传真 |  | E-mail |  |
| 通讯地址及邮编 |  |
| 对联盟组成及工作建议 |  |

备注：CDC: 疾病预防控制中心