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