广东省精准医学应用学会

团体标准制修订参与单位申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拟参与的标准名称 | 《医疗机构精准医学中心建设指引》 | | | | | | | | | |
| 单位信息 | 单位名称 |  | | | | | | | | |
| 单位类型 | 政府部门□ 事业单位□ 企业□ 其他□ | | | | | | | | |
| 学会任职 | 会长单位□ 副会长单位□ 常务理事单位□ 理事单位□  普通单位会员□ 非会员单位□ | | | | | | | | |
| 法人 |  | 电话 | | |  | 邮箱 | | |  |
| 联系人 |  | 电话 | | |  | 邮箱 | | |  |
| 地 址 |  | | | | | | | | |
| 拟参与编写人员 | 姓名 |  | | 部门 |  | | | 职称/职务 |  | |
| 电 话 |  | | 邮箱 |  | | | 微信号 |  | |
| 拟参与编写人员 | 姓名 |  | | 部门 |  | | | 职称/职务 |  | |
| 电 话 |  | | 邮箱 |  | | | 微信号 |  | |
| 拟参与编写人员 | 姓名 |  | | 部门 |  | | | 职称/职务 |  | |
| 电 话 |  | | 邮箱 |  | | | 微信号 |  | |
| 拟支持经费（万元） | |  | | | | | | | | |
| 单位简介 | | （与本标准研制相关的业务情况、技术力量、工作环境及实验室条件等） | | | | | | | | |
| 拟参与编写人员简介 | | （主要包括近四年来业务工作经历、主持或参与的标准研究情况及完成情况等） | | | | | | | | |
| 申请单位意见：  单位（公章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 主编意见：  主编（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 标委会秘书处意见：  负责人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | | |