**中国地质大学（武汉）医院**

**院外医疗服务申请表**

申请单位： 申请时间： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 活动内容 |  |
| 派出时间 |  | 地点 |  |
| 申请单位联系人 |  | 联系电话 |  |
| 具体要求（包括人数、药品等） |  |
| 本次活动医疗风险评估 |  |
| 备注 |  |
|  申请单位负责人意见（盖章）：  签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  校医院意见（盖章）： 签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |