附件2

申 请 书

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构名称 |  |
| 申请互联网医院名称 |  |
| 申请内容 | 互联网诊疗 □ 互联网医院 □  互联网医院为第二名称 □ |
| 互联网诊疗服务信息系统建设情况 | 医疗机构自建系统 □  与第三方机构合作建立系统 □ |
| 提供材料目录  （按照附件要求） |  |
| 医疗机构意见：  法定代表人（或主要负责人）签字： 单位盖章：  年 月 日 | |
| 执业登记机关盖章：  年 月 日 | |