

附件

组织脏器移植申请表

医疗机构名称		医院等级	
执业许可证号		法人	
医疗机构地址		联系人	
申请日期		联系电话	
拟开展技术 名称			
业务 技术 水平			
设备 简况			
前期 工作 及其他 相关 情况			

所在科室意见	
所在医院意见	
县（市、区） 卫生局意见	
市卫生局意见	
省卫生厅意见	

注：1、业务技术水平：指开展有关脏器移植或科研教学的工作情况，
主要人员技术职称、业务能力

2、设备简况：指开展脏器移植或科研相关的设备