附件2

**国家消毒供应质量管理与控制平台**

**哨点医院申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 消毒供应中心负责人姓名 |  |
| 消毒供应中心负责人手机号 |  |
| 日常联系人姓名 |  |
| 日常联系人手机号 |  |
| 申报理由（限1000字） | |
| 包括医院总体情况，消毒供应中心总体情况、人员配置情况，医院及消供信息化建设等情况。 | |
| 单位意见：  单位盖章  年 月 日 | |