|  |
| --- |
| DRG/DIP背景下医保版临床路径项目申请表 |
| 申请单位 |  | 医院性质 | （公立/私立） |
| 地址 |  | 床位数 |  |
| 联系人 |  | 职务 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 项目需求 | （想要开展的临床路径类别，亟需解决的问题等） |
| 期望目标 |  |
| 预期开展时间 | （可填写多个时间段） |
| 备注 |  |