# 附件1

5G+医疗健康应用试点项目

验收申请书

填报时间：年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 申报主体单位 |  | | |
| 项目申报方向 | □方向1：5G+急诊救治 □方向2：5G+远程诊断  □方向3：5G+远程治疗 □方向4：5G+远程重症监护  □方向5：5G+中医诊疗 □方向6：5G+医院管理  □方向7：5G+智能疾控 □方向8：5G+健康管理  □其他方向： | | |
| 项目负责人 |  | 职务／职称 |  |
| 项目联系人 | 姓名 | 联系电话 | 联系邮箱 |
|  |  |  |
| 联合申报单位  （可扩行） |  | | |
|  | | |
| 试点项目介绍 | | | |
| （说明项目完成情况、应用效果等，500字以内，可附页） | | | |
| 负责人（签名）：  年 月 日 | | 申报主体单位（盖章）：  年 月 日 | |