**中国听力医学发展基金会**

**“天使之音”公益项目申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院全称 |  | | |
| 医院地址 |  | | |
| 医院等级 |  | 申请科室 |  |
| 项目联系人 |  | 电话 |  |
| 申请基本条件：  1、月妇产科门诊量≥2000  2、月新生儿分娩量≥500  3、重视开展新技术、新项目，大力拓宽医疗服务领域 | | | |
| 申请物资（请打√）：  1、医用核酸分子快速杂交仪  2、基因扩增仪PCR仪  3、耳聋易感基因试剂盒 | | | |
| 医院（科室）意见 | （科室负责人签字）  年 月 日 | | |
| 基金会审核意见 | （项目负责人签字）  年 月 日 | | |