附件2： **江苏省肿瘤医院**

**互联网诊疗服务医师申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 科 室 |  |
| 专 业 |  | 注册诊疗科目 |  |
| 职 称 |  | 职称年限 |  |
| 近2年内有无医患沟通差错记录 | | □无 □有 | |
| 近2年内有无服务态度投诉记录 | | □无 □有 | |
| 近2年内3次及以上投诉记录 | | □无 □有 | |
| 出诊类别：□互联网医院（云诊室）—拟出诊时间：  🞎周一 时间段： 🞎周二 时间段：  🞎周三 时间段： 🞎周四 时间段：  🞎周五 时间段：  □互联网医院（线上咨询）—医生根据日常工作情况自行排班 | | | |
| 个人专长： | | | |
| 本人承诺：  本人可以在上报时间段内，按医院统一管理开展诊疗活动。  申请人签名： 年 月 日 | | | |
| 科室审批  🞎批准 🞎不批准（原因： ）  审批人签名： 年 月 日 | | | |
| 医务处审批：  🞎批准 🞎不批准（原因： ）  审批人签名： 年 月 日 | | | |