附件

**广东省数字政务协会团体标准参编单位申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 通讯地址 |  | | |
| 联系人 |  | | |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 标准名称 | 《医疗机构医疗管理域数据治理规范》 | | |
| 推荐参编人员信息 | （包括姓名、性别、年龄、联系方式、职务职称、专业特长等信息。） | | |
| 申请单位  意见 | 同意参加以上标准的编制工作，我单位对以上填报信息的真实性负责。  （签章）  年 月 日 | | |
| 协会秘书处意见 | 同意该单位为标准参编单位。  （签章）  年 月 日 | | |