**中国痛风规范化全程管理促进项目**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | 医院等级 |  |
| 医院地址 | 省 市（县） |
| 科室名称 |  | 是否是独立的风湿免疫科 |  |
| 科室主任 |  | 办公电话 |  |
| 手机 |  | 电子邮箱 |  |
| 月平均痛风患者门诊量 |  |
| 通过“风云助手APP”，累计上报痛风患者病例数 |  |

**报 名 表**

注明：请完整填写本申请表（电子版）

发邮件至xiaqing@yxjl.org