附件3

南京中医药大学临床专病研究院申报情况汇总表

牵头医院名称：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床专病研究院名称** | **负责人姓名** | **职称及学科专科方向** | **联系电话** | **团队成员姓名（单位）** | **联合申报单位** | **专病研究院简介****（不超过200字）** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |