附件2

“全国儿童青少年近视防控协作网” 成员单位申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | |
| 通讯地址 |  | | 邮编 |  |
| 组织机构代码  （注册号） |  | | 主管部门  （注册机构） |  |
|  | 姓名 | 职务 | 联系电话 | 邮箱 |
| 推荐机构代表 |  |  |  |  |
| 联系人 |  |  |  |  |
| 地址 |  | | | |
| 申请单位简介（包括资本构成、主要业务、员工情况或专科特色、研究优势等） | | | | |
| 申请单位近视防控工作简介（包括开展已防控工作时间、形式、创新、成果，覆盖人群数量、年龄等） | | | | |
| 是否愿意成为全国多区域近视防控协作网单位成员，并遵守协作网的工作规范及其他制度。  是□否□  单位法人或代表（签字）：  单位盖章：  日期: | | | | |