附件

**体检指定医院信息**

单位名称（盖章）：

|  |
| --- |
| **体检指定医院信息** |
| **医院名称** | **医院等级** | **医院所在地** | **体检部门****负责人** | **体检部门****负责人联系电话** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注:

1．校本部申请人员统一到江苏省中医院体检中心进行体检，请江苏省中医院负责老师完善上述信息；

2．其他每家附属医院指定一家符合要求的体检医院（须为二级甲等以上）。