**EPD促进中心PCR参编单位通用申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参编情况基本信息** | | | | | | |
| 单位名称 | |  | 联系方式 | |  | |
| 单位性质 | |  | | | | |
| 单位介绍 | |  | | | | |
| 单位营业执照 | |  | | | | |
| 单位参编  符合性说明  （不少于150个字） | |  | | | | |
| 参与编写的PCR名称 | |  | | | | |
| **参编负责人基本信息（不超过两名）** | | | | | | |
| 姓名 | |  | | 职务 | |  |
| 邮箱 | |  | | 联系方式 | |  |
| 工作特长及标准编制经历 | |  | | | | |
| 单位负责人签名： 参编单位（盖章）  日期： 年 月 日 日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 备注： | 1.本单位愿意承担参编责任并履行参编的义务 是□ 否□  2.本单位已评估单位参编负责人参编符合性  是□ 否□   1. 本单位将承担专款专用的参编费用   是□ 否□ | | | | | |