附件：

医院参与回执

本院已经仔细阅读了征集公告，且项目工作人员已经将本项目的目的及内容向本院作了详细的解释说明，对本院询问的所有问题也给予了满意的解答，如果本院仍对本项目有任何疑问的话，本院将联系项目工作人员咨询。本院已知悉本项目不提供任何诊断及治疗建议，且随时可能因特殊情况而终止。本院的处方、采购和/或其他专业行为和/或决定将不会因参与本项目而受到任何不正当的影响。本院已知悉本院可以随时自由退出此项目。

签署此回执表明本院完全自愿参加此项目并同意征集公告中的全部内容，并且同意将项目物料摆放在医院场所内或存在其他占有医院相关资源的事宜的情况。

医院名称（请加盖公章或具备管理职能的部门章）：

负责人签字：

联系电话：

如有特殊需求或疑问，请在此栏说明：

请将填写完毕的回执至少于活动开始前5个工作日通过邮寄的方式返回给我们，邮寄信息为北京市东城区干面胡同51号，AD365特应性皮炎疾病教育项目组，010-85594980。