## 中国医药卫生期刊数字化及融合出版提升计划申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位全称 |  | | | | | |
| 通信地址 |  | | | | | |
| 申请单位 负责人 | 姓名 |  | 职务 |  | 邮箱 |  |
| 电话 |  | 手机 |  | 传真 |  |
| 申请单位  联系人 | 姓名 |  | 职务 |  | 邮箱 |  |
| 手机 |  | 传真 |  | 电话 |  |
| 数字出版转型示范单位 | | □国家级 □省级 □无 | | | | |
| 数字化现状（以下项目请按照本单位实际情况填写） | | | | | | |
| 官方网站 | □有 域名： □无 | | | | | |
| 微信公众号 | □有 名称： □无 | | | | | |
| 自有数据库 | □有 □无 | | | | | |
| 在线投审稿  系统 | □有 名称： □无 | | | | | |
| 单位已进行的数字化尝试 | （对已开展的数字化尝试及取得的数字化成果进行描述） | | | | | |
| 希望获得的基金支持方向 | （希望获得具体哪方面的支持，如技术、资金、资源等） | | | | | |
| 数字出版规划 | □有 □无 | | | | | |
| 申请单位盖章 | 负责人签字： （单位公章） 年 月 日 | | | | | |