附件1

**智慧养老应用场景案例申报基本情况表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位全称 | |  | | |
| 单位地址 | |  | | |
| 单位性质 | | □政府部门□社区综合为老服务中心□日间照护机构□养老机构□企业单位□事业单位□社会组织□其他（可复选） | | |
| 法人代表（负责人） | |  | 职务 |  |
| 手机 | |  | 邮箱 |  |
| 联系人姓名 | |  | 职务 |  |
| 手机 | |  | 邮箱 |  |
| 单位简介及在智慧养老领域的发展现状、特色、优势等（不超过500字） |  | | | |