**中国健康促进基金会儿科医联体专项基金**

**儿童哮喘专科医联体分级管理项目**

**申请表**

**申请方填写**

|  |  |
| --- | --- |
| 申报区域：（所在城市） | 申报类型：（区域中心或网络医院） |
| 项目负责人： | 负责人简介： |
| 申请医院（科室）： | 申请人联系电话： |
| 申请人联系邮箱： | |
| 申请人联系地址： | |
| 科室情况介绍：（可在本栏填写或另添附件） | |
| 设施情况介绍：（可在本栏填写或另添附件） | |

项目负责人/申请人签字：

申请时间：

**填写及入组说明：**

1. 《申请表》第一页表格由申请单位填写
2. 项目申请人作为项目联络人可以是项目负责人，亦可是项目负责人指定的申请人。
3. 负责人简介一栏，填写项目负责人工作职务及主要社会兼职。
4. 科室情况介填写如科室人员构成情况、是否有哮喘专科等；硬件设施介绍填写如是否有雾化中心等。
5. 主办单位及项目专家组将根据项目需求，组合各区域哮喘专科医联体体系。
6. 对本年度所有40家入组医院，项目组将支持所有医院项目成员参与一次项目培训活动。同时将根据项目试点需求先期召开30场患者教育活动，具体开展场次计时间将根据本年度试点需要决定，其他参与单位的患者教育实践需求将在下一年度统一全面展开。

**评定方填写**

|  |
| --- |
| **评定人：** |
| **评定日期** |
| **是否接受入组：** |
| **其他意见：** |

**评定人签字：**

**中国健康促进基金会**

**儿科医联体专项基金**