附件2

北京市社区专病特色科室培育基地申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医疗机构名称** |  | **申报科室** |  |
| **医院负责人** |  | **联系电话** |  |
| **科室负责人** |  | **联系电话** |  |
| **基****本****要****求** | 具备条件 | 1.医联体核心医院： 是□ 否□ |
| 2.区域医疗中心：是□ 否□ |
| 3.住院医师规范化培训基地： 是□ 否□ |
| 4.临床重点专科： 是□ 否□ |
| 管理架构 | 1. 主管部门：
2. 负责人姓名及联系方式：
 |
| 政策倾斜 | 对培育基地所在科室和相关人员在评优和晋升时给予政策倾斜： 是 否 |
| 选择建设单位数量 | 2022年拟在全市范围选择 个 ，其中，所在区域（以区为单位）范围内 个 。  |
| 专病名称 |  |
| 下社区计划 | 1.具体时间： 每月 个单元 2.支持内容：出诊 查房 带教 授课 其他  |
| 建立转诊关系 | 能□ 否□ |
| 安排进修 | 1.全科医生： 能□ 否□； 2.护士：能□ 否□ |
| **科室负责人承诺** | 承诺内容（参考）：愿意成为社区专病特色科室培育基地，组建专门团队，指导帮助社区卫生服务机构开展专病特色科室建设。 签字： 日期： |
| **医疗机构意见** |  日期：（盖章） |

注：一个专病一张申请表。