附件2

2023年度浙江省省级县域龙头学科

任务书

单位名称：

学科名称：

学科带头人：

联系电话：

承诺书

本单位法人、职能部门负责人和学科团队全体成员已认真阅读我省医学重点学科相关文件和建设要求，承诺将按照有关要求，全面、真实填报任务书有关内容，做好知情同意，并按要求落实配套经费。

单位法定代表人、本学科负责人承诺所提供的全部资料真实、有效，且经所有团队成员同意。本单位承诺对材料已通过严格审核，若填报内容失实或违反规定，本单位将承担全部责任，并承诺将按照要求落实学科建设配套经费。

医疗机构法定代表人（签字）：

学科带头人（签字）：

所有团队成员（签字）：

 单位公章

年 月 日

一、基本情况

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位类型 |  | 单位建立时间 |  |
| 医院职工总数 |  | 医院医生数 |  |
| 医院实际开放床位数 |  | 上一年度年门诊量 |  |
| 上一年度年住院量 |  | 上一年度医院业务总收入 |  |
| 上一年度手术量 |  | 上一年度医院医保总费用占县域内医保费用比例 |  |
| 上一年度县域就诊率 |  | 上一年度基层首诊率 |  |
| 单位整体发展特色和临床技术优势 |  |

二、学科现有基础

（一）临床能力情况（近三年情况）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 疾病名称 | 年均门诊人次 | 年均出院人数 | 平均门诊费用 | 平均住院费用 |
| 2019年 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2020年 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2021年 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 新技术开展情况 | 技术名称 | 年开展例数 | 技术来源 | 技术内容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 临床能力和特色技术描述 |  |

（二）科研学术情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 近三年科研项目情况 | 项目名称 | 课题来源 | 项目负责人 | 课题承担单位 | 立项时间 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 近三年科技奖励情况 | 奖励名称 | 授奖单位 | 授奖等级 | 获奖人员 | 获奖时间 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 近三年学术论文情况 | 论文名称 | 期刊名称 | 论文作者 | 被引次数 | 发表时间 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 近三年发明专利情况 | 专利名称 | 专利类型 | 专利作者 | 专利转化情况 | 授权时间 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 近三年标志性学术成果（描述3-5项标志性学术成果） |  |

三、学科建设计划

（一）主攻方向和临床意义

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主攻方向 | 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 其他 |  |
| 临床意义和价值： |

（二）学科团队

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学科人员队伍 | 人员总数 | 正高职称 | 副高职称 | 中级职称 | 初级职称 | 博士 | 硕士 | 本科 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 学科带头人 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  |
| 专业技术职称 |  | 行政职务 |  |
| 学术组织任职情况 |  | 擅长专业(最多3个) |  |
| 最高学历 | 博士，硕士，本科，专科 | 手机 |  |
| 个人学习经历、业务能力、科研、成果和学术地位等情况1000字以内 |
| 后备学科带头人 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 专业技术职称 |  | 行政职务 |  |
| 学术组织任职情况 |  | 擅长专业(最多3个) |  |
| 最高学历 | 博士，硕士，本科，专科 | 手机 |  |
| 个人学习经历、业务能力、科研、成果和学术地位等情况1000字以内 |
| 学科团队成员（需包含医共体成员单位人员，请在姓名后加\*注明） | 姓名 | 年龄 | 学历 | 所学专业 | 专业技术职务 | 最高学历 | 学科建设分工职责 | 所在单位 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

（三）建设目标

|  |
| --- |
|  |

（四）建设方案与发展规划

1、临床

|  |
| --- |
|  |

2、学术

|  |
| --- |
|  |

3、人才培养

|  |
| --- |
|  |

（五）单位和政府提供的支撑条件及保障措施

|  |
| --- |
|  |

四、年度建设计划

|  |
| --- |
| 第一年 |
| 第二年 |
| 第三年 |

五、学科验收指标

|  |
| --- |
|  |

六、学科建设经费来源与支出预算

单位：万元（保留两位小数）

|  |
| --- |
| 经费支出预算 |
| 支出项目 | 金额 | 计算根据及简要理由 |
| 设备费 |  |  |
| 业务费 |  |  |
| 劳务费 |  |  |
| 其他 |  |  |
| 合计 |  |  |
| 配套经费 | 年度 | 所在单位（万元） | 县级卫生健康行政部门 | 市级卫生健康行政部门 | 省级卫生健康行政部门 | 合计 |
| 第一年 |  |  |  | 10 |  |
| 第二年 |  |  |  | 10 |  |
| 第三年 |  |  |  | 10 |  |
| 三年合计 |  |  |  | 30 |  |

七、所在单位推荐意见

|  |
| --- |
| 单位评价推荐意见：单位盖章年 月 日 |

八、主管部门意见

|  |
| --- |
| 县级卫生健康行政部门意见： 单位公章 年 月 日 |
| 市级卫生健康行政部门意见： 单位公章 年 月 日 |
| 省卫生健康委意见： 单位公章 年 月 日 |