附件1

辽宁省卫生健康适宜技术推广项目

申 报 书

 推广项目名称

 申 报 单 位

 申 报 人

 初审单位

辽宁省卫生健康委员会

二○二四年

填写说明

1.申报单位：为项目技术依托和具体组织实施推广工作的医疗卫生机构。

2.初审单位：为项目推广单位所在市卫生健康委或省属高等医学院校附属医院，委直属各医疗卫生机构。

3.申报单位意见：应详细填写初审单位对项目的评价及推荐理由。

4.本申报书打印4份，A版3份，B版1份。A版由所在单位审核通过并签字盖章后，由初审单位（各市卫生健康委，省属高等医学院校附属医院、委直属各医疗卫生机构为机构本身）审核通过并盖章。B版（含B版佐证材料）无需签字盖章，由申报人将个人姓名、技术负责人姓名、单位名称涂黑。申报人将B版及佐证材料扫描为PDF版。

5.评分表格需附在申报书后，如有获得奖励情况，请作为佐证材料。

一、项目基本情况

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 项目类别 |  |
| 申报单位 | 名称 |  |
| 邮政编码 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 所在科室获批平台、重点专科情况 |  |
| 项目负责人情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 职称 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 技术负责人 | 姓名1 |  | 职务 |  | 职称 |  |
| 科室 |  | 电话 |  |  |  |
| 姓名2 |  | 职务 |  | 职称 |  |
| 科室 |  | 电话 |  |  |  |
| 姓名3 |  | 职务 |  | 职称 |  |
| 科室 |  | 电话 |  |  |  |
| 培训计划 | 培训时长 | （ ）周 | 培训人数 | （ ）人 |
| 是否申请省级继续教育项目 | 🞎是 🞎否 | 申请学分 | （ ）分 |
| 推广层级（单选） | 县（区）级□ 乡（镇）级□ |
| 邮箱地址 |  |
| 项目获奖情况 | 何年何月 | 奖励名称 | 奖励等级 | 授奖部门 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 配套产品报批情况（使用的配套产品符合国家有关规定，经相关部门审批同意生产并进入市场型号。例如：支气管镜：厂家、生产日期、生产批号等） |
| 二、推广技术内容(包括：详细叙述推广项目的技术要点、操作规范、流程及指标，安全性分析，既往推广情况、有效性分析，推广技术难度，在所在医院开展年限。) （纸面不够可加页） |
| 三、推广应用方式及培训内容（包括：培训班、临床进修、结业考核等方式。培训内容需详细叙述。）培训安排 培训内容自学（ ）学时：理论培训（ ）学时：实践观摩（ ）学时：实践操作（ ）学时：培训结业考核：（含理论考试和操作环节的考核指标、评分标准，需另附评分表格\*） |
| 四、推广单位优势（包括：人员、技术、设施、培训方案等的优势条件） |
| 五、推广计划、预期目标及社会、经济效益（推广计划要求具体、可行；目标要求量化、可评估。） |
| 1. 项目负责人及技术负责人简介

（1.简要介绍项目负责人在该领域获得成就，从事该领域工作年限，推广该技术的经验；2.简要介绍技术负责人从事该技术年限，掌握情况等） |
| 七、项目申报单位意见 |
| （对项目进行评价，同时阐述项目的真实性、申报人科研诚信情况、单位是否进行了审核等进行说明）单位负责人： 公 章  年 月 日 |
| 八、初审单位意见 |
| 负责人： 公 章 　　　　　 年 月 日 |
| 九、省卫生健康委意见 |
| 负责人： 公 章  年 月 日 |