附件1

**自治区卫生与健康适宜技术推广项目**

申 请 书

项目名称

申报单位 （公章）

通讯地址

联系电话 邮政编码

申 请 人

手 机 E-Mail

**新疆维吾尔自治区卫生健康委员会**

**年 月 日**

填 写 说 明

1.项目承担单位：拥有该技术和具体组织实施推广工作的医疗卫生机构（相关学会和社会团体可为协作单位）。

2.推广技术内容：区内外本领域技术发展水平，项目技术要点及关键指标，安全性、有效性和推广效益等分析。

3.推广应用范围：推广项目接受单位及人员的专业技术条件和层次(如县级、乡级，社区卫生服务机构)等。

4.推广单位可提供的条件及接受单位应具备条件：推广项目所需的人员、物质及设备等条件。特别要写明在推广中可向接受单位提供的优惠条件。

5.预期目标及社会、经济效益分析：综合评价项目推广后所要达到的目标，包括人员培训、推广层面、在防病治病中解决的主要技术问题，配套产品经营等，以及取得的社会、经济效益情况。

6.专家推荐意见：由两位具有高级技术职称的同行专家填写书面推荐意见。对项目的先进性、安全性、有效性、推广可行性及应注意的事项进行评价并提出意见。

7.推荐部门意见：推荐部门对项目初审意见及推荐理由。

8.表中各项内容填写时可续页。

9.与本申请书同时应提交以下资料：推广项目主要技术资料、鉴定证书、获奖证书、专利证书、有关法律法规要求该项目及配套产品的市场准入文件、已推广应用情况的总结报告等。以上资料与申请书一并装订成册，一式1份，用A4纸双面复印，并提供申请书电子版。

1. 项目基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | | | | | |
| 学科分类 | |  | | | | | | |
| 项目承担单位 | 名 称 |  | | | | | | |
| 联系人 |  | | | 联系电话 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮政  编码 |  | |
| 项目申请人  情况 | 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 专业 |  |
| 职 称 |  | 职务 |  | 手机号码 |  | | |
| 项目  协作  单位 | 名 称 |  | | | | | | |
| 联系人 |  | | 联系电话 |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | |
| 项目  获奖  情况 | 何年何月 | 奖 励 名 称 | | 奖励等级 | 授 奖 部 门 | | | |
|  |  | |  |  | | | |
|  |  | |  |  | | | |
|  |  | |  |  | | | |
| 专 利 情 况 | |  | | | | | | |
| 配套产品报批情况 | |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| 二、项目概述  （一）简要阐述国内外该领域技术发展水平，项目主要特点、应用情况以及取得效果，说明是否涉及新技术或新诊疗方案。  （二）拟推广地区的需求状况基线调查情况及在该地区开展技术推广的理由。 |

|  |
| --- |
| 三、推广技术内容  （包括推广技术要点及指标，安全性、有效性分析，与基层现有技术水平对比分析，推广技术难度及存在的问题等。）  （可加页） |
| 四、推广应用范围  （至少在2个地(州、市)的2家县级及以上卫生医疗机构进行推广） |
| 五、推广应用方式  （一）推广工作方案及计划  （二）推广工作组织实施与管理措施  （介绍推广工作的组织管理团队，其次叙述为实现推广工作目标，如何进行推广队伍、实施措施、财务配套等各方面的管理。） |
| 六、经费预算  （请按用途）  合计总经费（元）： |
| 七、承担单位可提供条件 |
| 八、承担单位向基层医疗卫生机构提供的优惠条件 |
| 九、被推广单位应具备的条件 |
| 十、预期目标及社会、经济效益（综合评价项目推广后所要达到的目标，包括人员培训、推广层面、在防病治病中解决主要技术问题，配套产品经营等，取得社会效益情况。） |
| 十一、既往推广应用、奖励情况  （本项技术获得的奖励情况或技术既往应用情况。） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **十二、专家推荐意见** | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 单 位 |  |
| 专 业 | |  | | 技术职称 |  |
| 推荐意见  专家签名：    年 月 日 | | | | | |
| 姓 名 |  | | 单 位 | |  |
| 专 业 |  | | 技术职称 | |  |
| 推荐意见  专家签名：    年 月 日 | | | | | |

|  |
| --- |
| 十三、项目所在单位意见  负责人： 公 章  年 月 日 |
| 十四、上级主管部门推荐意见  负责人： 公 章  年 月 日 |
| 十五、各地（州、市）卫生健康委推荐意见  负责人： 公 章  年 月 日 |