宁夏卫生健康适宜技术推广项目

申报书

项目名称

申报单位

项目负责人

通 讯 地 址

联 系 电 话

申报日期

宁夏卫生健康委员会

二O一九年制

填 写 说 明

1.凡申请列入我区卫生健康适宜技术推广项目的，均应填写本申报书。

2.项目推广单位：应为应用该项技术的医疗卫生机构，并具备相应的人员和条件，能够保证推广工作顺利开展。

3.推广项目技术的要点：填写所推广项目的技术内容、安全性、有效性、技术难点、成本效益分析等。

4.推广应用范围：写明本推广项目的接受单位级别（如县、乡级、村级医疗机构）及人员的专业技术职称等。

5.推广单位可提供的条件及接受单位应具备的条件：应说明人员、科室及设备等条件。

6.本申报书一式二份，一律打印，用A4纸复印。

7.本申报书同时应附如下资料：项目的主要技术资料、鉴定证书、获奖证书、专利证书、配套产品生产及市场准入的批准文件、已推广应用证明等，各一式二份。

一、基本信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人情况** | 姓 名 | | | |  | | | | 性 别 | |  | 出生年月 | | |  | |
| 文化程度 | | | |  | | | | 专 业 | |  | 职 称 | | |  | |
| 联系电话 | | | |  | | | | | | | 手机号 | | |  | |
| E-mail | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **申报**  **单位**  **情况** | 名 称 | | | |  | | | | | | | | 性质 | |  | |
| 通讯地址 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 所属部门 | | | |  | | | | | | | | 邮编 | |  | |
| **主要协作单位** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **项目起止日期** | | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| **经费总概算** | | | | **万元** | | | | **申请自治区卫生健康委科研计划资助** | | | | | | | | **万元** |
| **主要参加人员名单** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | 性别 | 年龄 | | | 职务  职称 | 现从事  专业 | | | 所在单位 | | | | 在项目中承担的任务 | | |
|  | |  |  | | |  |  | | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | | |  |  | | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | | |  |  | | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | | |  |  | | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | | |  |  | | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | | |  |  | | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | | |  |  | | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | | |  |  | | |  | | | |  | | |

二、推广项目基本情况

|  |
| --- |
| （一）项目基本情况（成果鉴定、获奖、专利、配套产品市场准入等） |
| （二）推广项目的技术要点 |
| （三）已推广应用情况  （四）推广应用范围 |
| （五）推广应用方式 |
| （六）接受推广项目单位应具备的条件 |
| （七）推广单位可提供的条件 |
| （八）预期目标及社会、经济效益 |
| 申报单位上级主管部门或各市卫生健康委（局）意见  （公 章）  年 月 日 |
| 宁夏卫生健康委审批意见  （公 章）  年 月 日 |