附件2

适宜技术推广推荐项目汇总表

推荐单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 适宜技术名称 | 所属学科 | 推广负责人及联系方式 | 计划推广县医院数 | 技术推广级别 | 技术推广费用（万元） | 计划培训人数（人） | 计划应用例数（人） | 建议省级专项用于适宜技术经费（万元） | 是否建议列入省级继续医学教育项目 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 填表日期： 联系电话：

附件3

**陕西省卫生健康适宜技术推广项目**

**申 请 书**

项目名称

所属学科

申报单位 （公章）

申 请 人

联系电话

申请日期

陕西省卫生健康委员会制

**填 写 说 明**

1.本申请书一式二份，A4纸双面打印装订。

2.填写内容要求详实、准确、简明扼要,不得空项。

3.项目名称限25汉字以内。

4.所属学科按国家标准分类学科填写。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属学科 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请资金 | | 万元 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申  请  人 | 姓名 | | |  | | | 性别 |  | 出生年月 | | | |  | | 学历学位 | | |  | |
| 职称 | | |  | | | 联系电话 | |  | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | | | |  | | | | | | 科室 | | |  | | 职务 | | |  |
| 通讯地址 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 项  目  组  成  员 | 姓名 | | 性别 | | 出生  年月 | 职 称 | | 学位 | | 从事专业 | | 工作单位 | | | | | 项目分工 | | |
|  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | | | |  | | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | | | |  | | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | | | |  | | |

|  |
| --- |
| 项目摘要（项目内容简介、推广级别、推广方式、技术应用例数等） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推广项目在国内的技术水平和本地、省内同类技术开展现状及其比较。 | | |
| 与技术推广应用前比较，该技术应用预期产生的效果效益，对推广应用单位产生的影响。 | | |
| 项目推广工作方案及计划。  本项目所需仪器设备、试剂。 | | |
| 经费总预算 总额 万元 | | |
| 支出项目 | 金额（万元） | 支出依据 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 申请单位意见  单位负责人： （公章）  年 月 日 |
| 省卫生健康委评审意见：  （公章）  年 月 日 |