附加3

陕西省重点专科联盟申请表

|  |
| --- |
| 一、基本信息 |
| （一）拟申请成立的陕西省重点专科联盟名称 |
| 注：一般为陕西省×××（专业类别）专科联盟/联盟/专科医联体。已经组建的专科联盟申请成为陕西省重点专科联盟时，需注明原专科联盟的名称和组建日期。 |
| （二）牵头的临床重点专业学科（科室）及所属医院信息 |
| 注：包括牵头专业学科（科室）的名称、负责人及所属医院的等级、类别、负责人 |
| 二、领导体系 |
| （一）联盟主任/总负责人注：联盟的总负责人一般为牵头专业学科（科室）的负责人或牵头专业学科（科室）所属医院的负责人。需列出姓名、学历、出生年月、职称、职务、所属医院、联系方式等 |
| （二）联盟副主任注：联盟副主任一般4-6人，主要是协同联盟主任开展工作。1.姓名、学历、出生年月、职称、职务、所属医院、联系方式2.……3.……4.……  |
| 三、组织框架 |
| 注：列出每个成员单位[即参加专科联盟的医疗机构专业学科（科室）]的信息，格式如下（可另附页）：（一）专业学科（科室）的名称1.专业学科（科室）负责人2.所属医疗机构的名称、等级、类别（二）专业学科（科室）的名称1. ……2. …… |
| 四、组建能力 |
| 牵头专业学科（科室）的学科建设水平（包括基础设置，人才队伍，学术水平的建设和发展情况，可另附页）： |
| 重点专科联盟组建后，对全省专业学科的带动和发展计划或规划（可另附页）： |
| 重点专科联盟组建后，牵头专业学科（科室）与成员单位专业学科（科室）之间的技术协作计划（可另附页）： |
| 牵头专业学科（科室）所属医院的意见 |
| 牵头专业学科（科室）所属医院对该专科联盟的扶持措施和支持意见（可另附页）： 盖章： 年 月 日  |
| 属地的市级卫生健康行政部门意见 |
| 市属三级医院的专业学科（科室）牵头组建陕西省重点专科联盟时，需经属地的市级卫生健康行政部门支持、同意。**委直委管三级医院的专业学科牵头组建重点专科联盟时，无需填写此栏**。 盖章： 年 月 日  |
| 评估意见 |
| 评估意见（主要针对该专科联盟组建的必要性、可行性及对全省专业学科发展的贡献作用进行评估）：（注：评估时，将依据实际情况，由省生卫健康委组织相关领域专家或委托省级质控中心、行业协会等第三方机构进行评估）评估专家或第三方机构签字（盖章）： |
| 省卫生健康委意见 |
|  盖章： 年 月 日  |