附件2

申报编号：

**医疗机构体重管理中心建设研究项目单位**

**申报书**

 项目负责人（院级领导）：

项 目 联 系 人：

申 请 单 位：

申 请 时 间： 年 月 日

2025年7月

**填报说明**

一、申报书各项内容，应实事求是逐条认真填写。表达明确、严谨。外来语应同时使用原文和中文表达。第一次出现的缩写词，须标注出全称。

二、申报书文本采用A4纸。对篇幅不够的栏目可自行加页。

三、封面右上角“申报编号”由国家卫生健康委医院管理研究所填写。

四、建设项目名称可用一句话凝练医疗机构拟定建设项目工作的方向和做法，需包含“体重管理中心”字样，限25字。

一、基本情况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申报信息 | 建设项目名称 |   |
| 项目负责人（院领导） | 姓名 |  | 性别 |  | 专业技术职称 |  |
| 职务 |  | 手机 |  | 邮箱 |  |
| 地址 |  |
| 联系人 | 姓名 |  | 性别 |  | 专业技术职称 |  |
| 职务 |  | 手机 |  | 邮箱 |  |
| 地址 |  |
| 团队成员 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 学历 | 科室 | 职务/职称 | 任务分工 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

二、项目工作开展方案

|  |
| --- |
| **（一）基本条件**（结合方案要求，阐述申报单位相关工作开展情况，请提供支撑材料）**（二）建设内容**（包括但不限于制度建设、各部门协调配合及绩效分配机制探索、适宜技术应用、信息化支撑、规范化诊疗路径及流程构建等相关内容）**（三）预期目标**1. **特色及创新之处**

**（五）工作进度与安排****（六）项目工作的预期成果、辐射能力及推广运用****（七）工作基础和支撑条件（**包括但不限于已有工作基础、项目负责人及团队成员的工作基础、医疗机构可提供的支撑条件和保障措施等，请提供支撑材料**）** |

三、项目承诺及审批意见

|  |  |
| --- | --- |
| 项目负责人承诺 | 本人及团队成员根据项目申报方案自愿提交申报书，并承诺按照工作计划和要求保质保量完成项目工作。负责人签字： 年 月 日  |
| 申请单位意见及承诺 | 本单位已就申报材料内容的真实性和完整性进行审核，并承诺为项目顺利开展给予相应支持。医疗机构（签章）： 年 月 日 |
| 专家组论证意见 | （此栏为国家卫生健康委医院管理研究所医疗机构体重管理管理中心建设研究项目专家工作组填写） 组长（签章）： 年 月 日 |