**控制哮喘，有效守护—儿童哮喘关爱行动项目**

**系统申请书**

**申请医院/科室：**

**科室负责人：**

**通 讯 地址：**

**联 系 电话：**

**电 子 邮箱：**

**申 报 日期：**

此表由北京中西医慢病防治促进会编制，解释权归北京中西医慢病防治促进会。

**一、申请医院基本情况：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请医院** |  | **医院级别** |  |
| **申请科室** |  | **科室负责人** |  |
| **职务** |  | **联系方式** |  |
| **邮箱** |  | | |
| **是否具备专业的儿科呼吸系统疾病诊疗条件，并具有丰富的儿科呼吸系统疾病治疗经验** | |  | |
| **科室内是否可配备至少1位医疗卫生人士支持相关数据录入系统** | |  | |
| **是否同意基金会委派的项目专员(如有)在医院工作场所内开展项目相关工作。** | |  | |

**\*优选全国儿童专科医院、妇幼保健院（所、站）**

**二、申请医院承诺**

本院自愿申请参与控制哮喘，有效守护—儿童哮喘关爱行动项目，了解项目的目标和内容，会根据项目计划要求参与项目交流。且本申请表格填写内容真实无误。

**申请医院代表（签字）：**

**盖章：**

**日期：**