申请单位：

**抗抑郁空间-晴空仓捐建项目**

申 请 书

中国红十字基金会 印制

2025年09月24日

**填 报 说 明**

1. 抗抑郁空间-晴空舱捐建项目的申请单位应为具备抑郁症诊疗资质的公立医院，申请单位应确保其《医疗机构执业许可证》在有效期内，填报时需另附《医疗机构执业许可证》复印件，并加盖申请单位公章。
2. 表内所有字段需如实、完整填写。数据类信息（如日均门诊量、场地面积等）需填写具体数值；选择类信息（如医院等级、场地性质等）需根据实际情况勾选对应选项；文字描述类内容（如留观条件）需简洁准确，涉及场地、科室信息的，需标注科室名称。
3. 本申请表填写完成后需在“申请单位确认”栏加盖公章，整体加盖骑缝章。
4. 申请表填写完成后需在公示期内发送扫描版至指定邮箱（wangyimeng@crcf.org.cn），待基金会审核并公示合作医院名单后，申请单位将盖章申请表一式两份及《医疗机构执业许可证》复印件一张邮寄至基金会，基金会盖章确认之后将向医院回寄申请表一份，用于申请单位备案。邮寄地址：北京市东城区干面胡同53号，王伊萌（收），联系电话：010-85594917。
5. 申请单位需确保项目内容及合规要求已内部传达并认可，申请单位在本申请表加盖公章即代表愿意严格履行条款约定，若后续违反承诺，基金会有权取消合作资格并追究相关责任。

**医院基本概况**

|  |
| --- |
| **一、申请医院基本信息** |
| 医院名称 |  |
| 医院地址 |  |
| 医院等级 | 🞎三级医院（设置精神科/神经内科/临床心理科）🞎精神卫生中心🞎非三级医院（设置精神疾病亚专科） |
| 申请科室 |  | 负责人姓名 |  |
| 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 电子邮箱 |  |
| **二、申请医院诊疗能力信息** |
| 日均抑郁症患者门诊量 |  人次 |
| 抑郁症诊疗团队配置 | 医师 | 高级职称： 人中级职称： 人初级职称： 人 |
| 护师 | 高级职称： 人中级职称： 人初级职称： 人 |
| 当前抑郁症患者留观条件 | 🞎有独立留观空间（面积： ㎡；床位： 张）🞎无独立留观空间（患者需在 区域等待） 具体情况说明（请根据实际情况填写）： |
| **三、晴空舱场地规划信息** |
| 晴空舱位置 | 医院 楼 层 科 室 |
| 场地性质 | 🞎医院自有产权🞎租赁（租赁期限至 年） |
| 场地面积 |  ㎡ |
| **四、晴空舱物资配置** |
| 序号 | 物料名称 | 单位 | 数量（申请数量/最大数量） |
| 1 | 疾病科普手册 | 本 |  /100 |
| 2 | 药品保险箱 | 台 |  /1 |
| 3 | 音乐放松椅 | 张 |  /1 |
| 4 | 软包沙发 | 张 |  /2 |
| 5 | 上墙医学信息板 | 张 |  /1 |
| 6 | 医用插座 | 组 |  /3 |
| 申请单位确认 | 我单位完全了解并自愿参与中国红十字基金会发起的“抗抑郁空间-晴空舱捐建项目”，申请成为该项目的合作单位。我单位承诺所填信息真实、准确，如有虚假，自愿承担项目取消及相关责任；承诺申请的晴空舱场地及相关物资长期专用，不擅自改变用途、出租或挪作他用，且不以任何形式用作商业用途；承诺配合基金会及供应商完成晴空舱搭建、验收工作，提供必要搭建条件；承诺将定期反馈晴空舱使用情况（每季度提交设备使用报告及患者满意度问卷）。申请单位（盖章）：申请日期： |
| 主办方确认 | 经审核，同意贵单位参与“抗抑郁空间-晴空舱捐建项目”，成为该项目的合作单位，协助我会完成项目工作中国红十字基金会（盖章）：确认日期： |
| 申请单位《医疗机构执业许可证》，需加盖公章（鲜章），可另附纸 |
|  |