省别：

申请单位：

**钢结构红十字博爱卫生站**

**项 目 申 请 书**

中国红十字基金会 印制

年 月 日

**填 报 说 明**

一、钢结构红十字博爱卫生站（以下简称“钢结构卫生站”）项目的申请单位应为县（市、旗）级卫生局或乡（镇）卫生院。《钢结构红十字博爱卫生站项目申请书》经所在县级、省级红十字会签署意见并加盖公章后报中国红十字基金会（以下简称“中国红基会”）。

二、援建一所钢结构卫生站资助标准为30万元，资助内容包括房屋建设相关的材料、运输、安装、装饰等一切费用，以及标识制作费。中国红基会已与施工单位签署施工合同，实际工程款由中国红基会负责拨付。医疗设备、工程管理及验收相关措施（如监理）、建设方案以外的其他费用由地方根据需求负责筹措。申请单位需根据自有资金和地方财政的匹配能力，以有多少钱办多大事为原则，综合考虑钢结构卫生站的建设方案。

三、为保证钢结构卫生站建设质量，请申请单位提供切实**保障服务**：

（一）申请项目所属行政村无卫生站或卫生站条件已无法满足当地居民就医需求；已有乡医或承诺建成后由乡卫生院派医生常驻。

（二）新站选址需距乡卫生院不少于5公里，且为集体土地；申请单位需提供：

1. 11m×11m空地，面积不少于120m2，土地使用相关手续齐全。协助施工单位联系地基处理施工人员及器具，具体工作由施工单位主持、验收并支付费用；

2. 三通一平：道路通，保证13米长材料车能直达现场；水电通，施工队伍到达前水电线路直通现场；场地基本平整、无坡地、无地下管线；

3. 8人以内食宿场地，解决工人吃住问题，费用由施工单位自理；

4. 场地安全及材料管理问题。请协助、配合施工安全工作，避免工人人身安全以及材料设备被偷抢的事件发生。

（三）钢结构卫生站属于公共资产，建成后的卫生站任何单位和个人不得侵占、变卖、出租或挪作他用；

（四）钢结构卫生站应为独栋建筑，不得与村内其他项目连排建设。申请单位应综合考虑地方政府未来规划、配套资金到位等情况，**慎重选择建设地址**。

四、在项目选址符合选址要求的前提下，我会将根据实际情况对有地方配套资金支持的项目予以优先考虑。

五、中国红基会将依据该申请书的填报内容进行立项审批。

六、本申请书一式伍份，立项审批后，中国红基会、省级红十字会、市级红十字会、县级红十字会、县卫生部门各留存一份。

七、本申请书可登陆中国红十字基金会网站下载。网址：https://www.crcf.org.cn/article/category/xiangmu\_name\_boaiweishengyuan

八、中国红十字基金会地址：北京市东城区干面胡同53号；邮编：100010；电话：010-85594869、4865。

**卫生站基本概况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 站 名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 建站时间 | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 地 址 | | | | 县（市/旗/区） 乡（镇） 村 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位负责人 | | | |  | | | | | | | | | | | | 职务 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 联系电话 | | | |  | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 占地面积 | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | | 建筑总面积 | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | | |
| 原卫生站所有权 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现卫生站房屋状况 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗设备情况 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医  务  人  员  情  况 | 总人数 | | | | |  | | | | 医生 | | | |  | | | | 护士 | | | |  | | | | | 男 | | | |  | | | 女 |  |
| 学历  情况 | | | | | 本  科 | | | |  | | | | 大  专 | | | |  | | | | 中  专 | | | | |  | | | | | | | 其  他 |  |
| （情况说明，含医务人员姓名、年龄、教育背景、进修培训经验、联系方式等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 卫  生  站  所  在  村  简  况 | 全村总人口 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | 村人均年收入 | | | | | | | | | | | 元 | | | | | |
| 距乡卫生院距离 | | | | | | | | | | | 公里 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （当地人文情况说明） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现  卫  生  站  全  貌  及  局  部  照  片  若  干 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申  请  援  建  理  由 | （限300字内） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 博  爱  卫  生  站  建  设  规  划 | **□**原址 **□**迁址 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 占地面积 | | | | | m**²** | | | | | | | 建筑面积 | | | | | | m**²** | | | | | 建筑结构 | | | | | | | | 钢构 | | | |
| 总预算  资 金 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 申请资助  资 金 | | | | | | | | 30 万元 | | | | | | | |
| 地方配套  建设资金 | | | | | | | 万元 | | | | | | | | | | | | 地方配套执行经费 | | | | | | | | 万元 | | | | | | | |
| （有关情况说明） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县级卫生局  申报意见 | | | | | | | 负责人：  盖 章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人 | | | | |  | | | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | | | | 电子邮箱 | | | | | | | | | |  | | |
| 联系地址 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | | | | |  | | |
| 县级红十字会  申报意见 | | | | | | | 负责人：  盖 章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人 | | | | |  | | | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | | | | 电子邮箱 | | | | | | | | | |  | | |
| 联系地址 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | | | | |  | | |
| 市级红十字会  申报意见 | | | | | | | | | 负责人：  盖 章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人 | |  | | | | | | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | | | | | | 电子邮箱 | | | | | | | |  | | |
| 联系地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | | |  | | |
| 省级红十字会  申报意见 | | | | | | | | | 负责人：  盖 章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人 | | |  | | | | | | | | 联系电话 | | | | | |  | | | | | | | | | 电子邮箱 | | | | | | |  | | |
| 联系地址 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | |  | | |
| 中国红十字基金会审批意见 | | | | | | | 负责人：  盖 章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |