省别：

申请单位：

**中国红十字基金会**

**博爱基层公卫援建计划**

**红十字博爱e站**

**申 请 书**

□ 新建

□ 改（扩）建

中国红十字基金会 印制

年 月 日

**说 明**

一、本申请书由项目点申报（用黑色钢笔或签字笔书写），经所在县（市、旗）级卫生健康局、并交由县级红十字会签署意见盖章后报中国红十字基金会（以下简称“中国红基会”）。

二、项目点需保证所有资料的真实性和完整性。对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，中国红基会保留依法追索救助款的权利。

三、项目选址要求：

（一）申请项目点10年内无撤站、迁址等计划。

（二）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；

（三）选址距乡卫生院距离不应少于5公里；

（四）申请项目所属行政村应已有乡医或承诺建成后由乡卫生院派医生常驻或申请人已取得当地行医资格；

（五）博爱e站属于公共资产，建成后的e站任何单位和个人不得侵占、变卖、出租或挪作他用；

（六）博爱e站将为新建独栋建筑，或审批通过后进行的旧房改造、扩建，建筑面积不小于60平米。

四、在申报项目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经费的项目予以优先考虑。

五、本申请书将作为中国红基会与地方签署的《博爱基层公卫援建协议书》的组成部分。上报后任何内容如需更改，需经中国红基会书面批准。

六、本申请书的递交并不代表可以获得援建，申请资料一经递交不予退回，中国红基会将依据该申请书的内容进行立项审批。

七、本表一式一份，原件留存中国红基会，地方资料可复印留存。

八、中国红基会联系方式：北京市东城区干面胡同53号，电话：010-85594832 85594839；

**申请项目卫生站基本情况介绍**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 站点名称 |  | 覆盖居民人数 |  |
| 医师人数 |  | 护士人数 |  | 面积 |  | 是否有互联网 |  |
| 与最近卫生院距离 |  | 联系人 |  | 电话 |  |
| 地 址 |  |
| 站点属性 | □ 村卫生室医疗机构； □ 个体医疗机构；□ 其他  |
| 站点资质 | □ 《医疗机构执业许可证》□ 村共产党员支部委员会和村民自治委员会聘任书□ 村卫生室执业承诺书或个体诊所执业承诺书 |
| 站点所在地简介 | （所在地人文情况说明） |
| 申报承诺 | 1、发扬红十字人道主义精神，积极配合红十字相关公益行动。2、愿意协助整合农村卫生资源，共建农村卫生信息化建设，提高项目服务质量。3、配合红十字“博爱e站”快速建设及后期的运营管理。4、积极参与上级单位及中国红基会举办的相关技能培训。5、积极开展农村居家养老服务，推动基础慰老工作。6、配合政府在疫情控制传播工作，做好乡镇的流行病学调查、居民个人防护宣讲及健康科普活动。 |

|  |
| --- |
| **申请卫生站位置及建筑平面情况** |
| 1、申请卫生站至最近卫生院地图定位标识地图（可用手机定位截图）； 2、新站提供选址空地照片，旧站可提供建筑平面图纸复印件或手绘平面简图。 |

|  |
| --- |
| **现卫生站照片提供** |
| 1、卫生站全貌照片；2、建筑外部4个角度照片；3、卫生站牌匾位置照片；4、内部各区域照片。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **附件提供** | 1、申请卫生站资质文件复印件。 |
| **所在村委申请援建理由** | 村委负责人： 盖章： 年 月 日 |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| **县级卫生健康局申报意见** | 负责人： 盖章： 年 月 日 |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| **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 |  | 邮箱 |  |

**附件：**

**卫生站医护人员个人简历采集表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 性 别 |  | 工作年限 |  |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 联系电话 |  | 邮 箱 |  |
| 执业资质 |  | 专 业 |  |
| ---教育背景--- |
|  |
| ---工作经历--- |
|  |
| ---专业技能--- |
|  |
| ---技能证书--- |
|  |