陕西省中医药健康服务示范项目

申 报 书

项目类别：

申报单位：

申报时间：2018年 月 日

陕西省中医药管理局

二〇一八年七月十一日

中医药健康服务示范项目申报表

（中医药养生保健类）

项目名称： 项目单位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基本情况： | | | | | | |
| 基本  信息 | | 项目简介 |  | | | |
| 法人代表  （负责人） | （签名） | | 电话 |  |
| 联系人 |  | | 电话 |  |
| 中医药养生保健服务开展情况 | **指标** | | | 2016年 | 2017年 | 2018年6月 |
| 项目级别、实施时间（省、市、县级） | | |  |  |  |
| 当地政府投入专项经费（万元） | | |  |  |  |
| 社会资本投入资金  （万元） | | |  |  |  |
| 实际完成投资  （万元） | | | 意向投资：  实际投资： | 意向投资：  实际投资： | 意向投资：  实际投资： |
| 从事养生保健服务医务人员（执业医师、护理人员、康复技师） | | | 医：  护：  技： | 医：  护：  技： | 医：  护：  技： |
| 养生保健服务的主要医疗设备（台、件/自购、配发） | | | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. |
| 6.  7.  8.  9.  10. | 6.  7.  8.  9.  10. | 6.  7.  8.  9.  10. |
| 养生保健服务提供的服务项目（名称） | | | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. |
| 养生保健服务场地  （平方） | | |  |  |  |
| 养生保健床位数（张） | | |  |  |  |
| 养生保健服务量（门诊、住院） | | | 门诊：  住院： | 门诊：  住院： | 门诊：  住院： |
| 养生保健服务地域及人数（万人次） | | | 国内：  国外：  本地：  外地： | 国内：  国外：  本地：  外地： | 国内：  国外：  本地：  外地： |
| 养生保健年业务收入（万元） | | |  |  |  |
| 有无工作计划、方案、工作制度、评价标准 | | | 工作计划：  工作制度：  评价标准： | 工作计划：  工作制度：  评价标准： | 工作计划：  工作制度：  评价标准： |
| 二、特色优势： | | | | | | |
| 1．中医药特色与产品：（中医药健康服务特色产品和品牌等）。  2．开展的主要活动：（国内/国际上有影响的大型活动等）。 | | | | | | |
| 三、建设规划 | | | | | | |
| 1.发展战略、总体布局及目标定位  2.区域规划和开发重点  3.示范价值：具有市场影响力的项目产品，价值贡献率大（包括经济价值、社会价值，如产值、税收、就业、扶贫等） | | | | | | |
| 四、保障措施 | | | | | | |
| （政策保障、资金保障、人才保障等（是否有行业监管，有详细的执行落地计划等） | | | | | | |
| 申报单位意见  （ 盖章）  2018年 月 日 | | | | | | |
| 上级主管部门意见  （ 盖章）  2018年 月 日 | | | | | | |

填表说明：1.本表一式三份（报省局二份，留存一份）；2.工作计划、制度、标准等相关材料附表后；3.本表需经上级主管部门审核，加盖本单位公章。

中医药健康服务示范项目申报表

（中医药特色康复类）

项目名称： 项目单位：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基本情况： | | | | | |
| 基本  信息 | 项目简介 |  | | | |
| 法人代表  （负责人） | （签名） | | 电话 |  |
| 联系人 |  | | 电话 |  |
| 中医药特色康复开展情况 | **指标** | | 2016年 | 2017年 | 2018年6月 |
| 项目级别、实施时间（省、市、县级） | |  |  |  |
| 当地政府投入专项经费（万元） | |  |  |  |
| 社会资本投入资金  （万元） | |  |  |  |
| 实际完成投资  （万元） | | 意向投资：  实际投资： | 意向投资：  实际投资： | 意向投资：  实际投资： |
| 从事特色康复的医务人员（执业医师、护理人员、康复技师） | | 医：  护：  技： | 医：  护：  技： | 医：  护：  技： |
| 特色康复使用的主要医疗设备（台、件/自购、配发） | | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. |
| 6.  7.  8.  9.  10. | 6.  7.  8.  9.  10. | 6.  7.  8.  9.  10. |
| 特色康复提供的服务项目（名称） | | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. |
| 特色康复服务场地  （平方） | |  |  |  |
| 特色康复床位数（张） | |  |  |  |
| 特色康复服务量（门诊、住院） | | 门诊：  住院： | 门诊：  住院： | 门诊：  住院： |
| 特色康复服务地域及人数（万人次） | | 国内：  国外：  本地：  外地： | 国内：  国外：  本地：  外地： | 国内：  国外：  本地：  外地： |
| 特色康复年业务收入（万元） | |  |  |  |
| 有无工作计划、方案、工作制度、评价标准 | | 工作计划：  工作制度：  评价标准： | 工作计划：  工作制度：  评价标准： | 工作计划：  工作制度：  评价标准： |
| 二、特色优势： | | | | | |
| 1．中医药特色与产品：（中医药健康服务特色产品和品牌等）。  2．开展的主要活动：（国内/国际上有影响的大型活动等）。 | | | | | |
| 三、建设规划 | | | | | |
| 1.发展战略、总体布局及目标定位：  2.区域规划和开发重点：  3.示范价值：具有市场影响力的项目产品，价值贡献率大（包括经济价值、社会价值，如产值、税收、就业、扶贫等） | | | | | |
| 四、保障措施 | | | | | |
| （政策保障、资金保障、人才保障等（是否有行业监管，有详细的执行落地计划等） | | | | | |
| 申报单位意见  （ 盖章）  2018年 月 日 | | | | | |
| 上级主管部门意见  （ 盖章）    2018年 月 日 | | | | | |

填表说明：1.本表一式三份（报省局二份，留存一份）；2.工作计划、制度、标准等相关材料附表后；3.本表需经上级主管部门审核，加盖本单位公章。

中医药健康服务示范项目申报表

（中医药医养结合类）

项目名称： 项目单位：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基本情况： | | | | | |
| 基本  信息 | 项目简介 |  | | | |
| 法人代表  （负责人） | （签名） | | 电话 |  |
| 联系人 |  | | 电话 |  |
| 中医药医养结合开展情况 | **指标** | | 2016年 | 2017年 | 2018年6月 |
| 项目级别、实施时间（省、市、县级） | |  |  |  |
| 当地政府投入专项经费（万元） | |  |  |  |
| 社会资本投入资金  （万元） | |  |  |  |
| 实际完成投资  （万元） | | 意向投资：  实际投资： | 意向投资：  实际投资： | 意向投资：  实际投资： |
| 从事医养结合医务人员（执业医师、护理人员、康复技师） | | 医：  护：  技： | 医：  护：  技： | 医：  护：  技： |
| 医养结合使用的主要医疗设备（台、件/自购、配发） | | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. |
| 6.  7.  8.  9.  10. | 6.  7.  8.  9.  10. | 6.  7.  8.  9.  10. |
| 医养结合提供的服务项目（名称） | | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. |
| 医养结合服务场地  （平方） | |  |  |  |
| 医养结合床位数（张） | |  |  |  |
| 服务量（门诊、住院） | | 门诊：  住院： | 门诊：  住院： | 门诊：  住院： |
| 医养结合服务地域及人数（万人次） | | 国内：  国外：  本地：  外地： | 国内：  国外：  本地：  外地： | 国内：  国外：  本地：  外地： |
| 医养结合年业务收入（万元） | |  |  |  |
| 有无工作计划、方案、工作制度、评价标准 | | 工作计划：  工作制度：  评价标准： | 工作计划：  工作制度：  评价标准： | 工作计划：  工作制度：  评价标准： |
| 二、特色优势： | | | | | |
| 1．中医药特色与产品：（中医药健康服务特色产品和品牌等）。  2．开展的主要活动：（国内/国际上有影响的大型活动等）。 | | | | | |
| 三、建设规划 | | | | | |
| 1.发展战略、总体布局及目标定位  2.区域规划和开发重点  3.示范价值：具有市场影响力的项目产品，价值贡献率大（包括经济价值、社会价值，如产值、税收、就业、扶贫等） | | | | | |
| 四、保障措施 | | | | | |
| （政策保障、资金保障、人才保障等（是否有行业监管，有详细的执行落地计划等） | | | | | |
| 申报单位意见  （ 盖章）  2018年 月 日 | | | | | |
| 上级主管部门意见  （ 盖章）  2018年 月 日 | | | | | |

填表说明：1.本表一式三份（报省局二份，留存一份）；2.工作计划、制度、标准等相关材料附表后；3.本表需经上级主管部门审核，加盖本单位公章。

中医药健康服务示范项目申报表

（中医药健康旅游类）

项目名称： 项目单位：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基本情况： | | | | | |
| 基本  信息 | 项目简介 |  | | | |
| 法人代表  （负责人） | （签名） | | 电话 |  |
| 联系人 |  | | 电话 |  |
| 中医药健康旅游开展情况 | **指标** | | 2016年 | 2017年 | 2018年6月 |
| 项目级别、实施时间（省、市、县级） | |  |  |  |
| 当地政府投入专项经费（万元） | |  |  |  |
| 社会资本投入资金  （万元） | |  |  |  |
| 实际完成投资  （万元） | | 意向投资：  实际投资： | 意向投资：  实际投资： | 意向投资：  实际投资： |
| 从事健康旅游医务人员（执业医师、护理人员、康复技师） | | 医：  护：  技： | 医：  护：  技： | 医：  护：  技： |
| 提供健康旅游服务项目名称（个） | | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. |
| 开展健康旅游线路（条） | | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. |
| 健康旅游使用的主要医疗设备（台、件） | | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. | 1.  2.  3.  4.  5. |
| 健康旅游服务场地  （平方米） | |  |  |  |
| 健康旅游服务种类（类型，如国医馆、诊疗中心等） | |  |  |  |
| 健康旅游服务量  （人次） | |  |  |  |
| 健康旅游服务地域及人数（万人次） | | 国内：  国外：  本地：  外地： | 国内：  国外：  本地：  外地： | 国内：  国外：  本地：  外地： |
| 健康旅游年业务收入（万元） | |  |  |  |
| 有无工作计划、方案、工作制度、评价标准 | | 工作计划：  工作制度：  评价标准： | 工作计划：  工作制度：  评价标准： | 工作计划：  工作制度：  评价标准： |
| 二、特色优势： | | | | | |
| 1．中医药特色与产品：（中医药健康服务特色产品和品牌等）。  2．开展的主要活动：（国内/国际上有影响的大型中医药展览会/博览会等）。 | | | | | |
| 三、建设规划 | | | | | |
| 1.发展战略、总体布局及目标定位：  2.区域规划和开发重点：   1. 示范价值：具有市场影响力的项目产品，价值贡献率大（包括经济价值、社会价值，如产值、税收、就业、扶贫等） | | | | | |
| 四、保障措施 | | | | | |
| （政策保障、资金保障、人才保障等（是否有行业监管，有详细的执行落地计划等） | | | | | |
| 申报单位意见  （ 盖章）  2018年 月 日 | | | | | |
| 上级主管部门意见  （ 盖章）    2018年 月 日 | | | | | |

填表说明：1.本表一式三份（报省局二份，留存一份）；2.工作计划、制度、标准等相关材料附表后；3.本表需经上级主管部门审核，加盖本单位公章。