附件2

北京中医药研究型病房试点建设单位（二类）

推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐建设单位全称 | | |  | | | | | |
| 单位类别 | □中医 □中西医结合 | | | | 单位级别 | | | □三级 □二级 |
| 上级主管  部门 | | 单位全称 | |  | | | | |
| 联系人姓名 | |  | | 联系手机 |  | |
| 建设单位  项目负责人 | | 姓名 | |  | | 性别 |  | |
| 出生年月 | |  | | 学历 |  | |
| 职务 | |  | | 职称 |  | |
| 从事专业 | |  | | 联系手机 |  | |
| 建设单位  项目联系人 | | 姓名 | |  | | 性别 |  | |
| 出生年月 | |  | | 学历 |  | |
| 职务 | |  | | 职称 |  | |
| 从事专业 | |  | | 联系手机 |  | |
| 主攻病种1 | |  | | 匹配建设单位（一类） | | |  | |
| 主攻病种2 | |  | | 匹配建设单位（一类） | | |  | |
| **推荐理由** | | | | | | | | |
| *（依据推荐指南，从建设目标、建设单位基本条件、运行机制等方面进行阐述，不超过300字）* | | | | | | | | |
| **被推荐建设单位意见：**  如获批成为北京中医药研究型病房试点建设单位（二类），我单位做为建设责任主体将履行相关责任，积极落实各项建设任务，保障研究安全和受试者的合法权益。    单位法人签字：  （盖章）    2025年10月 日 | | | | | | | | |
| **推荐单位意见：**  同意推荐该单位为北京中医药研究型病房试点建设单位（二类），我区将尽快匹配相关建设经费。  区卫生健康委员会（盖章）    2025年10月 日 | | | | | | | | |

（注：本表一式一份，签字盖章后报送至北京市中医药管理局）