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）