**附件一：**

**希思科-基层医院肿瘤科室建设项目**

**申请表**

|  |
| --- |
| **一、医院基础信息** |
| 医院名称 |  |
| 医院类别 | □县级医院□地市级医院（边远地区）□其他  | 医院等级 |  级 等 |
| □专科医院 □综合医院 |
| 医院地址 |  | 邮政编码 |  |
| **二、项目负责人信息** |
| 项目负责人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 项目负责人职务 |  | 电子邮箱 |  |
| **三、肿瘤科室相关信息** |
| 是否有肿瘤专科科室 | □是 □否 | □肿瘤科□肿瘤内科□其他肿瘤专科科室  |
| 肿瘤科室医生人数 |  | 肿瘤科室医生平均年龄 |  |
| 肿瘤科室医生学历分布（填写百分比） | * 博士研究生
* 硕士研究生
* 本科
* 其他
 |
| 肿瘤科室医生职称分布（填写百分比） | * 主任医师
* 副主任医师
* 主治医师
* 其他
 |
| 主要治疗病种 | * 头颈部肿瘤＿ 例/年
* 肺癌＿ 例/年
* 消化系肿瘤(肝胆胰) ＿ 例/年
* 消化系肿瘤(食管癌、胃癌、结直肠癌) ＿ 例/年
* 乳腺癌＿ 例/年
* 泌尿系肿瘤＿ 例/年
* 妇科肿瘤＿ 例/年
* 白血病和淋巴瘤＿ 例/年
* 黑色素瘤和骨与软组织肉瘤＿ 例/年
* 肿瘤免疫治疗＿ 例/年
* 肿瘤放射治疗＿ 例/年
* 支持与康复治疗＿ 例/年
* 姑息治疗＿ 例/年
* 临终关怀＿ 例/年
* 其他＿ 例/年
 | 每年病人数量 | ＿ 例/年 |
| 请列举主要设备 | CT |  □是 □否 |
| MRI |  □是 □否 |
| PET CT |  □是 □否 |
| B超 |  □是 □否 |
| 放疗设备 |  □是 □否 |
| 其他设备（请详述） |  □是 □否 |
| 是否能提供线下培训场地 | □是 □否 | 场地规模 | 会议室：可容纳 人会议设备：□投影仪 □电子屏 |
| 希望基金会提供的支持方向 |  |
| 项目负责人承诺：所提供的资料真实、有效，并申请加入“希思科-基层医院肿瘤科室建设项目”，愿意配合项目开展提供必要支持。 项目负责人（签字）： 年 月 日 |
| 医院意见：（单位盖章）年 月 日 |

备注（打印时请删除本备注）：

如有附加说明材料，可以附件形式一并发送到jiangmenghui@csco.org.cn，纸质材料打印出来一并邮寄到：北京市朝阳区东三环南路甲52号顺迈金钻20-C，江梦慧收，010-67726451转605。