附件：

**“罩护健康”项目实施单位信息表**

1. 单位基本信息

单位名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

详细地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

单位联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 本单位项目分管领导、负责人和联系人信息

1）项目分管领导：

姓名： 职务：

手机： 邮箱：

2）项目负责人（可同分管领导）：

姓名： 职务：

手机： 邮箱：

3）项目联系人：

姓名： 职务：

手机： 邮箱：

（如有多位联系人可自行添加）

1. 项目单位按行政级别属于：

□省级 □地（市）级 □县(区)级

4. 项目单位按医院等级分类

□三级甲等 □三级 □二级甲等

□二级 □一级 □其他（请注明）

5. 项目单位承担结核病工作的类别属性（单选）

□院所合一的结核病防治机构

□承担结核病诊疗工作的独立结防所

□结核病专科医院（含胸科医院和肺科医院）

□传染病院的结核科（呼吸科）

□综合医院结核科（或分院）

□慢性病防治院

□其他（请注明）

6. 项目单位2019年门诊量：

2019年医院总门诊量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人次

2019年结核病门诊量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人次

7．2019年项目单位结核病患者登记情况

2019年新登记结核病患者数量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_例

2019年新登记耐多药结核病患者数量：\_\_\_\_\_\_\_\_例

我单位申请加入“罩护健康”公益项目，并提供相关支持，做好管理工作。

单位名称（加盖公章）：

 填表日期： 年 月 日