附件3

项目申报表

申报机构名称： （盖章）

机构独立法人：

申 报 方 向：

联 系 人：

手 机： 电话：

电 子 邮 箱：

云南省发展和改革委员会

云南省卫生健康委员会

2023年6月制

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填表人： | | | 填表日期： | | |  |
| 基本情况 | 机构名称 |  | 统一社会  信用代码 |  | | |
| 机构类别 |  | 医院等级（级） |  | 医院等级（等） |  |
| 机构编制人数（名） |  | 在职编制人（名） |  | 机构总建筑面积（㎡） |  |
| 年门诊人次（人次） |  | 平均门诊费用（元/人次） |  | 年出院人数（人） |  |
| 平均住院日（日） |  | 病床使用率（%） |  | 病床周转次数（次/年/床） |  |
| 年业务收入 | 万元，其中：医疗收入占比 %、药品收入占比 %。 | | | | |
| 临床服务  能力 | 2020 | | 2021 | | 2022 |
|  | |  | |  |
| 信息化建设情况 | 智慧医疗等级（电子病历应用水平） |  | 智慧服务等级 |  | 信息互联互通等级 |  |
| 信息化建设  现状 | （重点写智慧服务信息化建设情况，500字以内） | | | | |
| 信息化项目投入情况（万元） | 2020 | | 2021 | | 2022 |
|  | |  | |  |
| 申报项目基本情况 | 项目名称 |  | | 项目所在地 |  | |
| 项目审批/核准/备案文号 |  | 建设起止时间 |  | 年度投资额（万元） |  |
| 是否PPP  项目 | □是□否 | 近三年是否被列入严重失信主体名单 | □是□否（选择是的，必填情况说明） | | |
| 项目简介 | （简要说明以智慧服务2级或3级及以上为项目建设目标的建设内容、建设情况说明、项目建成后达到的效果、项目已获得的财政资金支持情况等内容，500字以内） | | | | |
| 相关承诺 | 本次申请补助资金（万元） |  | 自筹资金来源 |  | 项目年度建设目标 |  |
| 承诺书  本单位对如下事项郑重承诺：  一、本单位对申请书及所有申请材料的合法性、真实性、准确性和完整性负责，并与上报统计部门数据口径一致。如有虚假，本单位依法承担相应的法律责任。  二、本单位已知晓《云南省发展和改革委员会 云南省卫生健康委员会关于开展2023年省级新型基础设施建设专项资金（智慧医院方向）申报工作的通知》关于申报条件、申报流程及本单位应承担责任等规定。将严格遵循《云南省省级新型基础设施建设专项资金管理办法》有关要求开展项目建设，及时足额落实相应的自筹资金。  三、申请表中内容将作为评审和审计依据，本单位同意将本申请材料向依法审核工作人员公开，对依法审核或者评审过程中公开的信息，由审核工作人员承担保密义务，发展改革部门、卫生健康部门免予承担责任。  四、本单位承诺配合相关部门对项目开展监督、检查等工作。  五、按照规定程序申报专项资金，对涉及专项资金管理的相关部门及人员，不采取吃请、馈赠、贿赂等不正当手段。  如有违反上述承诺，本单位愿承担一切责任。  法定（授权）代表人或机构负责人签字：  签署日期： | | | | | |
| 审核  情况 | 辖区发展改革部门、卫生健康部门推荐意见及公章：    （公章） （公章）  日期： 日期： | | | | | |

备注:1.机构类别:综合医院、肿瘤医院、中医（结合）医院、中西医结合医院、妇幼保健院、其他专科医院、儿童医院等。

2.机构隶属关系：省属、州市属、县市属。

3.建设起止时间：按项目立项文件中“拟开工时间”—“拟建成时间”填写。

4.申报方向：填智慧服务示范项目或智慧服务能力提升项目。