

# 肾病防治专科能力建设公益项目二期 申请书

申请医院：\_\_\_\_\_

申请人：\_\_\_\_\_

申报日期：\_\_\_\_\_

此表由北京生命绿洲公益服务中心编制，解释权归北京生命绿洲公益服务中心。

一、基本情况：

申请医院	
医院级别	
申请科室	
申请人职称	
联系方式	
申请人邮箱	
1. 患者随访服务（必选项）	<input checked="" type="checkbox"/>
2. 平台代运营	<input type="checkbox"/>
3. 定制患教	<input type="checkbox"/>
4. 项目平台搭建与维护（必选项）	<input checked="" type="checkbox"/>

申请要求：

- 1，三级及以上医院；
- 2，有肾病专科；
- 3，肾病专业主治及以上医师；
- 4，自愿参与本项目并根据本项目要求提供项目报告。

## 二、申请者承诺

本人自愿申请参与肾病防治专科能力建设公益项目二期，并了解项目的目标和内容，确保会根据项目计划要求参与项目。本申请表格填写内容真实无误。如申请即视为同意为患者管理平台搭建（院内或院外）及运营提供便利条件，并包括协助患者入组、平台构建、患者管理等。

如涉及患者个人隐私，申请人将确保在本项目开始前与患者本人签署书面的知情同意书；如涉及收集患者个人信息的，应当告知其使用方式、收集信息的目的、使用范围并征得患者本人明确同意。如后期涉及收集敏感信息的，应当重新取得个人书面同意并同时做好患者数据安全的保护。同时不得过度收集以及向任意第三方提供以任何形式可被识别的信息，也不得利用收集信息的便利谋取不法利益。如项目收集的信息发生变更，乙方应当及时告知患者变更事项并重新取得其同意。

申请人/牵头专家签字：

日期：