中国红十字基金会

博爱校医室援建项目

申 请 书

申请学校：

申请时间：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名称 |  | | | 建校时间 |  |
| 地 址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 学校性质 | □公立 □私立 | | | 学校年制 |  |
| 老师总数 |  | 学生总数 |  | 住校生数 |  |
| 校医室及校医配备现状（面积、现有医疗器械、校医是兼职还是专职等）： | | | | | |
| 学校对申报援建校医室未来运营的规划： | | | | | |
| **申请承诺**  1、提供场地用于建设“博爱校医室”。该场地与本《申请》中提交的资料相符。教室投入使用后，不变更教室名称、功能、布局。  2、安排专/兼职，或保健老师运营、管理“博爱校医室”，向学生开展健康、急救等课程，参加中国红基会开展的校医培训。  3、运营中保障“博爱校医室”各项设施的完善，及时修理维护。“博爱校医室”配备的各种设施，一律不能挪作他用。  4、配合中国红基会志愿者开展经我校同意的健康、红十字急救演练等活动。  我校郑重承诺，本申请表全部信息真实有效。 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **提供用于援建博爱校医室的教室情况** | | | | | | | | | |
| 所在楼层 | |  | | 地面材质 |  | | 墙面材质 | |  |
| 面积 |  | | 长 |  | 宽 |  | | 高 |  |
| **教室图纸**  1、门窗：尺寸（长、宽、高）；位置（门窗距离、窗窗距离、门墙距离等）。  2、教室内天花板和四面墙上有柱子，需标示长度、宽度和位置。  3、如有暖气片，需标示出高度、宽度及所在教室位置。 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学校**  **申报意见** | 负责人：  盖章：  年 月 日 | | | | |
| 校 长 |  | 联系电话 |  | | |
| 校 医 |  | 联系电话 |  | QQ |  |
| **县级**  **教育局**  **申报意见** | 盖章：  年 月 日 | | | | |
| **县级**  **红十字会**  **申报意见** | 盖章：  年 月 日 | | | | |
| **市级**  **红十字会**  **申报意见** | 盖 章：  年 月 日 | | | | |
| **省级**  **红十字会**  **申报意见** | 负责人：  盖 章：  年 月 日 | | | | |

**备注：本申请书由学校及县教育局签字盖章后，交由县级红会逐级办理，学校无需逐步盖章递报。**