附件一

市别：_____

申请单位：_____

辽宁省红十字基金会

「繁星公益计划·儿童慢病帮扶」项目

定点医院申请书

定点医院申请说明

一、本申请书由自愿参此公益项目的教育机构负责填报并保证所有资料真实准确。

二、自愿申请的医院应具备一定的规模，无迁址等计划；重视儿童慢病治疗，并且愿意配合辽宁省红十字基金会（以下简称辽红基）开展公益项目落成后的患儿治疗等相关工作。

三、《定点医院援建申请书》由申请机构确认盖章视为有效。

四、申请定点合作的医院须有儿童专业医院资质。

五、本申请书将作为辽宁省红十字基金会与地方签署的《“繁星公益计划·儿童慢病帮扶”援建协议书》的重要组成部分。双方签约后，如援建申请材料内容有变更，需经辽红基项目部审核通过后，更新至双方协议书中。

六、本申请书的递交并不代表可以获得援建，辽红基项目部根据捐赠资金使用情况、立项审核结果及申请顺序依次援建。在项目选址符合要求的前提下，有公益扶持、项目宣传、属地募集等支持配套经费的援建申请，辽红基予以优先考虑。申请资料一经递交不予退回。

七、本表一式一份，地方资料留存可复印。

八、辽宁省红十字基金会

地址：沈阳市和平区和平北大街 55 号；

邮箱：

官网：

电话：024-31314869（项目部）。

辽宁省红十字基金会儿童慢病帮扶项目

定点合作医院申请表

医院名称			
地址			
联系人姓名		联系人职务	
联系人联系电话			
院方资质			
院方公益扶持			
申请单位意见	（单位公章） 年　　月　　日		
基金会意见	（单位公章） 年　　月　　日		

版本日期：2024/8/21