**附1**

**中国营养学会**

**全国“十佳体重管理门诊”申报表**

**申请单位：**

**申请科室：**

**申请人：**

 **申请日期：**

**全国营养科“十佳体重管理门诊”申报表**

|  |  |
| --- | --- |
| **申请单位** |  |
| **申请部门（科室）** |  |
| **申请科室负责人** |  |
| **联系地址** |  |
| **联系人** |  |
| **联系电话** |  |
| **电子邮箱** |  |
| **1.科室团队介绍** | 500字以内，队伍和条件介绍（年龄、专业、职称），医教研等方面阐述。 |
| **2.体重管理工作介绍（2015.9-2017.9）** | 门诊工作为主，及规范化管理情况；附体重管理流程/手册/登记资料（患者ID信息）等复印件或图片材料。 |
| **3.体重管理工作量（2015.9-2017.9）** | 近2年体重管理人数例 ；体重管理有效率 %(体重管理期间改善10%以上称为有效)。 |
| **4.条件说明：开展体重管理设施和研究情况** | 体重管理场地（门诊）、使用设备(硬件、软件名称)、开展研究情况。 |
| **5.体重管理门诊特点、创新点和经验分享** | 介绍体重管理门诊特点、创新点和经验。 |
| **6.工作总结汇报ppt** | 文件名称，提交日期。 |
| **7.提供资料清单** | 清单列表，附后按顺序装订。 |
| **申请者及单位意见** | 我保证上述填报内容及提供材料真实、可靠。**申请科室负责人签章：****年 月 日** |
| **单位负责人签名：****单位公章：** **年 月 日** |