|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目支出绩效目标申报表 | | | | | | | | | | | | | |
| （ 2019 年度） | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位（盖章）大同市中心血站 | | | | | | | | | 申请日期：2019年2月14 日 | | | | |
| 项目名称 | | 公益二类事业单位政府购买服务（大同市中心血站） | | | | 主管部门 | | | 大同市卫生健康委员会 | | | | |
| 实施单位 | | 大同市中心血站 | | | | 项目负责人 | | | 张日元 | | 联系电话 | | 5392566 |
| 项目类别 | | □ A类项目 | | | □ B类项目 | | | | | ☑ C类项目 | | | |
| 起止时间 | | 2019年1月至2019年12月 | | | | | | | | | | | |
| 项目概况 | | 提供全市临床用血，保障全市安全用血，增加用血单位，提高献血人次，实现血费收入1400万元，为全市人民的健康提供有力保障。 | | | | | | | | | | | |
| 项目立项情况 | | 设立依据 | | 依据市财政局要求，同财综【2017】45号 | | | | | | | | | |
| 如何支持大同经济发展转型及部门事业发展 | | 保障全市安全用血，增加用血单位，提高献血人次，实现血费收入1400万元，为全市人民的健康提供有力保障。 | | | | | | | | | |
| 保证项目顺利实施的制度  及资金管理办法 | | | | 严格执行《血站管理办法》《血站质量管理规范》《血站实验室质量规范》。收入及时上缴财政，按照政府采购要求按项目进度拨款。 | | | | | | | | | |
| 项目资金申请  （万元） | 资金总额：3755.22 万元 | | | | | | | | | | | | |
| 财政拨款：3755.22 万元 | | | | | | | | | | | | |
| 项目实施进度计划 | 项目实施内容 | | | | | | | 开始时间 | | | | 完成时间 | |
| 1、采血6000人次，实现收入300万元 | | | | | | | 2019年1月 | | | | 2019 年3月 | |
| 2、采血6200人次.实现收入350万元。 | | | | | | | 2019年4月 | | | | 2019年6月 | |
| 3、采血6300人次，实现收入370万元。 | | | | | | | 2019年7月 | | | | 2019年9月 | |
| 4、采血6500人次，实现收入380万元。 | | | | | | | 2019年10月 | | | | 2019年12月 | |
| 项目绩效目标 | 总目标 | | 为全市医疗用血提供安全有效的血液和血液制品。 | | | | | | | | | | |
|
| 分解目标 | | 指标内容 | | | | 实施程度 | | | | | | |
| 1，血液采集 | | | | 进行成分分离，标本检测，储存发放，严格质量控制 | | | | | | |
| 2、机采血小板采集 | | | | 进行核酸检测，保障了质量与安全 | | | | | | |
| 其他需说明的问题 |  | | | | | | | | | | | | |
| 主管部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 财政部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 填报单位负责人（签名）：张宏东 填报人： 张日元 联系电话： 5392566 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目支出绩效目标申报表 | | | | | | | | | | | | | |
| （ 2019 年度） | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位（盖章）大同市妇幼保健计划生育服务中心 | | | | | | | | | 申请日期：201 9年 2 月 14日 | | | | |
| 项目名称 | | 新生儿疾病筛查项目 | | | | 主管部门 | | | 大同市卫生健康委员会 | | | | |
| 实施单位 | | 大同市妇幼保健计划生育服务中心 | | | | 项目负责人 | | | 胡永杰 | | 联系电话 | | 6249356 |
| 项目类别 | | □ A类项目 | | | □ B类项目 | | | | | ☑ C类项目 | | | |
| 起止时间 | | 2019年 1 月 至 2019年 12 月 | | | | | | | | | | | |
| 项目概况 | | 《中华人民共和国母婴保健法》将新生儿疾病筛查列为母婴保健技术服务主要事项之一。全市新生儿进行遗传代谢病筛查工作，主要包括1、新生儿疾病筛查宣传、培训；2、新生儿筛查督导；3、新生儿筛查实验室检测。2019年计划筛查45000余人，筛查率达90%以上。 | | | | | | | | | | | |
| 项目立项情况 | | 设立依据 | | 《母婴保健法》《新生儿疾病筛查管理办法》《山西省新生儿疾病筛查工作规划》《贫困地区新生儿疾病筛查实施方案》《大同市新生儿疾病筛查实施方案》 | | | | | | | | | |
| 如何支持大同经济发展转型及部门事业发展 | | 有效降低出生缺陷儿的发生，减少残疾发生 | | | | | | | | | |
| 保证项目顺利实施的制度  及资金管理办法 | | | | 《山西省新生儿疾病筛查管理办法》《大同市新生儿疾病筛查实施方案》 | | | | | | | | | |
| 项目资金申请  （万元） | 资金总额： 500 | | | | | | | | | | | | |
| 财政拨款： 500 | | | | | | | | | | | | |
| 项目实施进度计划 | 项目实施内容 | | | | | | | 开始时间 | | | | 完成时间 | |
| 1、新生儿疾病筛查宣传、培训 | | | | | | | 2019年 1月1日 | | | | 2019年6月30日 | |
| 2、新生儿筛查督导 | | | | | | | 2019年 7月1日 | | | | 2019年8月31日 | |
| 3、新生儿筛查实验室检测 | | | | | | | 2019年 1月1日 | | | | 2019年12月31日 | |
| 项目绩效目标 | 总目标 | | 完成2019年新生儿疾病筛查工作，实施新生儿筛查可提高出生人口素质，减少智障儿的发生，对社会经济文化可持续发展战略有重要意义。 | | | | | | | | | | |
| 分解目标 | | 指标内容 | | | | 实施程度 | | | | | | |
| 1、数量指标 | | | | 2019年预计筛查45000余人 | | | | | | |
| 2、质量指标 | | | | 2019年筛查率达90%以上 | | | | | | |
| 3、工作开展周期 | | | | 2019年全年 | | | | | | |
| 4、成效 | | | | 可预防近百个家庭出生缺陷的发生 | | | | | | |
| 其他需说明的问题 |  | | | | | | | | | | | | |
| 主管部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 财政部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 填报单位负责人（签名）：胡永杰 填报人：孙龙杰 联系电话：6249363 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目支出绩效目标申报表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ 2019 年度） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位（盖章）大同市第二人民医院 | | | | | | | | | | | | | | | | 申请日期：2018年 11月 12 日 | | | | | | | | |
| 项目名称 | | | 二医院院区设施配套改造 | | | | | | | | 主管部门 | | | | | 大同市卫生健康委员会 | | | | | | | | |
| 实施单位 | | | 大同市第二人民医院 | | | | | | | | 项目负责人 | | | | | 马轶明 | | | 联系电话 | | | | 7996001 | |
| 项目类别 | | | □ A类项目 | | | | | | □ B类项目 | | | | | | | | | ☑C类项目 | | | | | | |
| 起止时间 | | | 2019 年 1 月 至 2020 年 12 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目概况 | | | 为完善二医院院区配套设施改造，适应现代医院发展的需要，申请二医院院内设施配套改造资金，用于对内科住院楼进行维修改造和电力系统双回路供电改造，以满足大同市及周边地区广大肿瘤患者的治疗需求。项目总投资2291.62万元，本年度申请资金1000万元。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目立项情况 | | | 设立依据 | | | 《关于大同市第二人民医院院区配套设施改造工程（二期）可行性研究报告的批复》（同发改政务发【2018】338号） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 如何支持大同经济发展转型及部门事业发展 | | | 实施院区配套设施改造工程（二期），以满足大同市及周边地区广大肿瘤患者的治疗需求。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保证项目顺利实施的制度  及资金管理办法 | | | | | | 按照项目资金管理办法，专款专用。  按批准立项内容进行施工，保证工程进度质量。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目资金申请  （万元） | 资金总额： 1000万元 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 财政拨款： 1000万元 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目实施进度计划 | 项目实施内容 | | | | | | | | | | | | | 开始时间 | | | | | | | 完成时间 | | | |
| 工程可行性研究 | | | | | | | | | | | | | 2018年10月1日 | | | | | | | 2018年10月31日 | | | |
| 施工图设计 | | | | | | | | | | | | | 2019年11月1日 | | | | | | | 2019年3月31日 | | | |
| 施工 | | | | | | | | | | | | | 2019年4月1日 | | | | | | | 2020年8月31日 | | | |
| 验收 | | | | | | | | | | | | | 2019年9月1日 | | | | | | | 2020年9月30日 | | | |
| 项目绩效目标 | 总目标 | | | | 实施院区配套设施改造工程（二期），完善院区配套设施改造，适应现代医院发展的需要，以满足大同市及周边地区广大肿瘤患者的治疗需求。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 分解目标 | | | | 指标内容 | | | | | | | 实施程度 | | | | | | | | | | | | |
| 1、医院 | | | | | | | 改造面积19069平米，总变电站至医院变电室10公里 | | | | | | | | | | | | |
| 2、效益指标 | | | | | | | 患者增加使医疗收入可增加280万元，改善患者就医环境，确保医疗质量安全。 | | | | | | | | | | | | |
| 3、满意度指标 | | | | | | | 满足大同市及周边地区广大肿瘤患者的治疗.患者满意度高。 | | | | | | | | | | | | |
| 其他需说明的问题 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主管部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 财政部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 填报单位负责人（签名）：马轶明 填报人： 翟润平 联系电话： 7996057 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目支出绩效目标申报表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ 2019 年度） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位（盖章）大同市第二人民医院 | | | | | | | | | | | | | | | 申请日期：2018年 11月 12 日 | | | | | | | | |
| 项目名称 | | 企业离休干部医药费 | | | | | | 主管部门 | | | | | | | 大同市卫生健康委员会 | | | | | | | | |
| 实施单位 | | 大同市第二人民医院 | | | | | | 项目负责人 | | | | | | | 马轶明 | | 联系电话 | | | | | 7996001 | |
| 项目类别 | | ☑ A类项目 | | | | | □ B类项目 | | | | | | | | □C类项目 | | | | | | | | |
| 起止时间 | | 2019 年 1 月 至 2019 年 12 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目概况 | | 因企业离休干部年老体弱，身患多种慢性疾病，且企业离休干部的病情逐年加重，实际人均支出医药费用逐年增加。为做好企业离休干部医疗救治工作,保障企业离休干部的身体健康,申请企业离休干部医药费，用于做好企业离休干部医疗工作。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目立项情况 | | 设立依据 | | | | | 大同市卫生局大同市老干局关于印发《大同市市直属党政事业单位离休干部公费医疗管理暂行办法的补充规定》的通知 同卫保健〔2014〕224号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 如何支持大同经济发展转型及部门事业发展 | | | | | 为企业离休干部做好医疗救治工作，保障企业离休干部的身体健康，避免产生不安定的社会因素，促进社会和谐稳定的发展。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保证项目顺利实施的制度及资金管理办法 | | | | | | | 按照政府新会计制度保障该资金专款专用 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目资金申请  （万元） | | 资金总额： 828 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 财政拨款： 828 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目实施进度计划 | | 项目实施内容： | | | | | | | | | | | 开始时间 | | | | | | | 完成时间 | | | |
| 1、为企业离休干部报销上半年自己垫付医药费。 | | | | | | | | | | | 201 9年 1月 1日 | | | | | | | 2019 年 1月 30日 | | | |
| 2、为企业离休干部报销下半年自己垫付医药费。 | | | | | | | | | | | 201 9年 7月 1日 | | | | | | | 2019 年 7月 30日 | | | |
| 3、做好企业离休干部的日常门诊住院治疗救治工作 | | | | | | | | | | | 2019 年 1月 | | | | | | | 2019 年12月 | | | |
| 项目绩效目标 | | 总目标 | | 使企业离休干部得到最好的医疗救治，确保企业离休干部的身体健康。解决企业离休干部病有所医之忧。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 分解目标 | | 指标内容 | | | | | | 实施程度 | | | | | | | | | | | | | |
| 1、数量指标 | | | | | | 按每半年度为企业离休干部报销医药费 | | | | | | | | | | | | | |
| 2、效益指标 | | | | | | 使企业离休干部得到好的医疗救治，保障其身体健康，确保社会和谐稳定发展 | | | | | | | | | | | | | |
| 3、企业离休干部满意度 | | | | | | ≥95% | | | | | | | | | | | | | |
| 其他需说明的问题 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主管部门审核意见 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 财政部门审核意见 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 填报单位负责人（签名）： 马轶明 填报人： 翟润平 联系电话：7996057 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目支出绩效目标申报表 | | | | | | | | | | | | |
| （ 2019 年度） | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位（盖章）大同市第三人民医院 | | | | | | | | 申请日期：2019年 2月 20日 | | | | |
| 项目名称 | | 计划生育事业经费 | | | | 主管部门 | | 大同市卫生健康委员会 | | | | |
| 实施单位 | | 大同市第三人民医院 | | | | 项目负责人 | | 王小青 | | 联系电话 | | 13935267436 |
| 项目类别 | | □ A类项目 | | | □ B类项目 | | | | ☑ C类项目 | | | |
| 起止时间 | | 2019 年 1 月 至 2019 年 12 月 | | | | | | | | | | |
| 项目概况 | | 为了大同市危重孕产妇救治中心建设和提高妇女卫生健康、大同市平城区新生儿救治能力提升建设，特申请专项资金用于购置设备、培训实施等。 | | | | | | | | | | |
| 项目立项情况 | | 设立依据 | | 《国家卫生计生委办公厅关于印发危重孕产妇和新生儿救治中心建设与管理指南的通知》及《国家卫生计生委关于加强母婴安全保障工作的通知》（国卫妇幼发【2017】42号） | | | | | | | | |
| 如何支持大同经济发展转型及部门事业发展 | | 我院承担着大同市及周边区县危重孕产妇的孕期保健、管理、救治工作，及对各级各类医院的妇幼保健人员业务培训工作，每年接受的由大同市各个市级医院及周边区县医院转入的疑难危重孕产妇500余名，每年实施抢救的危重孕产妇200余名，极大地缓解了兄弟医院的救治压力，为大同市妇女儿童健康做出了巨大的贡献。 | | | | | | | | |
| 保证项目顺利实施的制度及资金管理办法 | | | 医院建立专项资金使用实施制定；成立专项资金使用委员会，保证合理使用。财务科设立专帐管理。 | | | | | | | | | |
| 项目资金申请  （万元） | 资金总额： 400 | | | | | | | | | | | |
| 财政拨款： 400 | | | | | | | | | | | |
| 项目实施进度计划 | 项目实施内容 | | | | | | | 开始时间 | | | 完成时间 | |
| 1、设立危重孕产妇救治中心重症病房（MICU） | | | | | | | 2019年1月 | | | 2019年6月 | |
| 2、增强新生儿救治能力(NICU) | | | | | | | 2019年1月 | | | 2019年3月 | |
| 3、产程中超声、产后盆底康复治疗、宫腹腔镜等设备 | | | | | | | 2019年8月 | | | 2019年11月 | |
| 4、组织会议等形式培训基层妇幼人员 | | | | | | | 2019年8月 | | | 2019年12月 | |
| 项目绩效目标 | 总目标 | | 按照国家卫生计生委关于危重孕产妇救治中心指南要求等购置设备，为保障母婴安全提供必需的救治条件和救治能力 | | | | | | | | | |
| 分解目标 | | 指标内容 | | | | 实施程度 | | | | | |
| 1、设立重症救治病房 | | | | 设备待购入 | | | | | |
| 2、增强新生儿救治能力 | | | | 已派人学习，设备待购入 | | | | | |
| 3、开展床旁超声等 | | | | 已派人学习，设备待购入 | | | | | |
| 其他需说明的问题 | | |  | | | | | | | | | |
| 主管部门审核意见 | | |  | | | | | | | | | |
| 财政部门审核意见 | | |  | | | | | | | | | |
| 填报单位负责人（签名）： 马洪山 填报人：王小青 联系电话： 13935267436 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目支出绩效目标申报表 | | | | | | | | | | | | | |
| （ 2019 年度） | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位（盖章）大同市第三人民医院 | | | | | | | | | 申请日期：2019年 2月 20日 | | | | |
| 项目名称 | | 离休干部医药费 | | | | 主管部门 | | | 大同市卫生健康委员会 | | | | |
| 实施单位 | | 大同市第三人民医院 | | | | 项目负责人 | | | 朱亚平 | | 联系电话 | | 5556165 |
| 项目类别 | | □ A类项目 | | | □ B类项目 | | | | | □√ C类项目 | | | |
| 起止时间 | | 2019 年 1 月 至 2019 年 12 月 | | | | | | | | | | | |
| 项目概况 | | 因离休干部年老体弱，身患多种疾病，实际离休干部住院医疗费用逐年增加。为做好离休干部医疗保健工作，保障离休干部身体健康，申请离休干部医药费，用于离休干部医疗工作 | | | | | | | | | | | |
| 项目立项情况 | | 设立依据 | | 大同市老干局关于印发《大同市直属党政事业单位离休干部公费医疗管理暂行办法的补充规定》的通知 同卫保健【2014】224号文件 | | | | | | | | | |
| 如何支持大同经济发展转型及部门事业发展 | | 为离休干部做好医疗救治工作，保障离休干部的身体健康，避免产生不安定的社会因素，促进社会和谐稳定的发展。 | | | | | | | | | |
| 保证项目顺利实施的制度  及资金管理办法 | | | | 按照政府新会计制度保障该资金专款专用 | | | | | | | | | |
| 项目资金申请  （万元） | 资金总额： 462万元 | | | | | | | | | | | | |
| 财政拨款： 462万元 | | | | | | | | | | | | |
| 项目实施进度计划 | 项目实施内容 | | | | | | | 开始时间 | | | | 完成时间 | |
| 1、为离休干部报销上半年垫付的医药费 | | | | | | | 2019年1月 | | | | 2019年6月 | |
| 2、为离休干部报销下半年垫付的医药费 | | | | | | | 2019年7月 | | | | 2019年12月 | |
| 3、做好离休干部医疗保健工作 | | | | | | | 2019年12月 | | | | 2019年12月 | |
| 项目绩效目标 | 总目标 | | 使离休干部得到最好的救治，确保离休干部身体健康。 | | | | | | | | | | |
|
| 分解目标 | | 指标内容 | | | | 实施程度 | | | | | | |
| 1、数量指标  员 | | | | 按每季度为离休干部报销医药费 | | | | | | |
| 2、效益指标 | | | | 使离休干部得到好的医疗救治，保障其  身体健康，确保社会和谐稳定 | | | | | | |
| 其他需说明的问题 |  | | | | | | | | | | | | |
| 主管部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 财政部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 填报单位负责人（签名）：马洪山 填报人：朱亚平 联系电话：5556165 | | | | | | | | | | | | | |

**项目支出绩效目标申请表**

**（2019年度）**

申请单位（盖章） 大同市第三人民医院 申请日期：2019年2月14日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 医疗器械设备购置 | | | 主管部门 | 大同市卫生健康委员会 | | |
| 实施单位 | 大同市第三人民医院 | | 项目负责人 | 闫莉 | 联系电话 | | 13303420203 |
| 项目类别 | * A类项目 | | B类项目 | | C类项目 | | |
| 起止时间 | 2019年1月至2019年12月 | | | | | | |
| 项目概况 | 1、**IDEATE**-study (强化饮食及运动干预对新诊断2型糖尿病患者血糖控制的影响)，为国家自然基金、中外合作项目，探索集中组织管理的强化饮食或运动干预改善新诊断的2型糖尿病合并超重患者血糖控制的影响。  2**、BPRoad**-study （中国成人2型糖尿病降压治疗目标研究），为宁光院士牵头的多中心合作项目，旨在制定中国成人2型糖尿病血压控制目标管理方案与指南规范，是我国慢病防控的重要内容。 | | | | | | |
| 项目立项  情况 | 设立依据 | 宁光院士工作站科研项目 | | | | | |
| 如何支持大同经济发展转型及部门事业发展 | 全面提升大同及周边地区糖尿病及慢性并发症规范化防治能力 | | | | | |
| 保证项目顺利实施的制度及资金管理办法 | | 按医院大型设备购置的流程统一招标、统一购置、统一管理核磁共振设备 | | | | | |
| 项目资金申请（万元） | 资金总额 | 1000万 | | | | | |
| 财政拨款 | 1000万 | | | | | |
| 项目实施  进度计划 | 项目实施内容 | | | 开始时间 | | 完成时间 | |
| 1、IDEATE | | | 2018 年12 月 | | 201 9年 12月 | |
| 2、BPRoad | | | 2019 年2 月 | | 2023年 2月 | |
| 项目绩效目标 | 总目标 | 使大同及周边地区糖尿病及慢性并发症患者得到规范性管理及治疗，降低并发症及病死率，进一步提高生活质量。 | | | | | |
| 分解目标 | 指标内容 | | | 实施程度 | | |
| 1招募符合要求的患者 | | | 正在进行 | | |
| 2规范化管理患者 | | | 准备招标，购买设备 | | |
| 3进行疾病分析 | | | 调研完成，等待设备 | | |
| 4、大同市糖尿病慢性管理区域中心建设 | | | 积极建设中 | | |
| 其他需说明的问题 |  | | | | | | |
| 主管部门审核意见 |  | | | | | | |
| 财政部门审核意见 |  | | | | | | |

填报单位负责人（签名）马洪山 填报人：闫莉 联系电话：13303420203

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目支出绩效目标申报表 | | | | | | | | | | | | | |
| （ 2019 年度） | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位（盖章）大同市第三人民医院 | | | | | | | | | 申请日期：2019年 2月 14日 | | | | |
| 项目名称 | | 全科医生培训基地建设费 | | | | 主管部门 | | | 大同市卫生健康委员会 | | | | |
| 实施单位 | | 大同市第三人民医院 | | | | 项目负责人 | | | 郑玉祥 | | 联系电话 | | 5556081 |
| 项目类别 | | ☑ A类项目 | | | □ B类项目 | | | | | □ C类项目 | | | |
| 起止时间 | | 2017 年 7 月 至 2019 年 12 月 | | | | | | | | | | | |
| 项目概况 | | 该项目总投资5657万元，总建筑面积14579平方米，于2017年7月开工，目前已完成整体工程的95%。主要功能设置临床技能模拟中心2000平方米，全科医学示教门诊650平方米，24张床位全科病房1920平方米，体检中心5826平方米。 | | | | | | | | | | | |
| 项目立项情况 | | 设立依据 | | 同发改政务发【2015】165号 | | | | | | | | | |
| 如何支持大同经济发展转型及部门事业发展 | | 是我市深化医药卫生体制改革的内容之一，是市政府工程，该项目完工后主要用于山西省住院医师规范化培训业务。 | | | | | | | | | |
| 保证项目顺利实施的制度  及资金管理办法 | | | | 医院建立专项资金使用管理办法，财务科设立专账管理，保证按工程进度使用资金，确保工程保质保量完成。 | | | | | | | | | |
| 项目资金申请  （万元） | 资金总额： 1150万元 | | | | | | | | | | | | |
| 财政拨款： 1150万元 | | | | | | | | | | | | |
| 项目实施进度计划 | 项目实施内容 | | | | | | | 开始时间 | | | | 完成时间 | |
| 1、地下一层及地上一、二层完工 | | | | | | | 2017 年7月 | | | | 2017年11 月 | |
| 2、主体及室内装修全部完工 | | | | | | | 2018年3 月 | | | | 2018 年12月 | |
| 3、室外工程及绿化工程 | | | | | | | 2019 年3月 | | | | 2019 年 6 月 | |
| 项目绩效目标 | 总目标 | | 积极响应国家对全科医生培养的重视，进一步健全全科医生培养机制，调动全科医生学习的积极性，为本地培养优秀的全科医生,满足当地基层医疗卫生机构的人才需求。 | | | | | | | | | | |
|
| 分解目标 | | 指标内容 | | | | 实施程度 | | | | | | |
| 1、招生30名全科医生 | | | | 招生工作于2019年7月启动 | | | | | | |
| 其他需说明的问题 |  | | | | | | | | | | | | |
| 主管部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 财政部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 填报单位负责人（签名）： 马洪山 填报人：郑玉祥 联系电话：5556081 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目支出绩效目标申报表 | | | | | | | | | | | | | |
| （ 2019 年度） | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位（盖章）大同市第四人民医院 | | | | | | | | | 申请日期：2019 年 2月 14日 | | | | |
| 项目名称 | | 1.5T核磁共振成像系统 | | | | 主管部门 | | | 大同市卫生健康委员会 | | | | |
| 实施单位 | | 大同市第四人民医院 | | | | 项目负责人 | | | 阮长胜 | | 联系电话 | | 0352－5162040 |
| 项目类别 | | □ A类项目 | | | □ B类项目 | | | | | ☑ C类项目 | | | |
| 起止时间 | | 2019 年1月 至 2019 年 12 月 | | | | | | | | | | | |
| 项目概况 | | 大同市第四人民医院始是晋北地区唯一收治各类传染病的大型专科医院，是卫生部"肝病康复健康教育计划实施基地"。  解决周边患者看病难的突发问题，为医师诊断提供更先进、更准确的诊断。 | | | | | | | | | | | |
| 项目立项情况 | | 设立依据 | | 同四院行发[2019]3号] | | | | | | | | | |
| 如何支持大同经济发展转型及部门事业发展 | | 我院承担着当地及周边400多万人口的救治任务，解决我院无核磁设备，群众看病不方便的问题。。 | | | | | | | | | |
| 保证项目顺利实施的制度  及资金管理办法 | | | | 专款专用，确保项目有计划、有进度的完成。 | | | | | | | | | |
| 项目资金申请  （万元） | 资金总额：1000 | | | | | | | | | | | | |
| 财政拨款：300 | | | | | | | | | | | | |
| 项目实施进度计划 | 项目实施内容 | | | | | | | 开始时间 | | | | 完成时间 | |
| 1、制定计划，开展论证，研究确定阶段。 | | | | | | | 2019年 2月1 日 | | | | 2019年4月1 日 | |
| 2、启动采购、上报计划、发布公告、招标采购阶段。 | | | | | | | 2019 年5月1 日 | | | | 2019年7月1日 | |
| 3、设备验收、投入使用、结账付款阶段。 | | | | | | | 2019年 8月 1日 | | | | 2019年12月31日 | |
| 项目绩效目标 | 总目标 | | 让周边群众就近就医，购买更先进仪器及设备服务于大众。 | | | | | | | | | | |
|
| 分解目标 | | 指标内容 | | | | 实施程度 | | | | | | |
| 1、数量指标 | | | | 购买1.5T核磁共振成像系统。 | | | | | | |
| 2、效益指标 | | | | 满足周边患者诊断需求。 | | | | | | |
| 3、满意度指标 | | | | 服务患者群众满意度高。 | | | | | | |
| 其他需说明的问题 |  | | | | | | | | | | | | |
| 主管部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 财政部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 填报单位负责人（签名）：杨波 填报人：马嘉 联系电话：5162040 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目支出绩效目标申报表 | | | | | | | | | | | | | |
| （ 2019 年度） | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位（盖章）大同市第四人民医院 | | | | | | | | | 申请日期：2019 年 2月 14日 | | | | |
| 项目名称 | | 计划生育事务经费 | | | | 主管部门 | | | 大同市卫生健康委员会 | | | | |
| 实施单位 | | 大同市第四人民医院 | | | | 项目负责人 | | | 阮长胜 | | 联系电话 | | 0352－5162040 |
| 项目类别 | | □ A类项目 | | | □ B类项目 | | | | | ☑ C类项目 | | | |
| 起止时间 | | 2019年1月至2019年12月 | | | | | | | | | | | |
| 项目概况 | | 大同市第四人民医院始是晋北地区唯一收治各类传染病的大型专科医院，是卫生部"肝病康复健康教育计划实施基地"。  经费支出用于计划生育事务，为支持医院后续发展提供资金保障，更好服务于社会及人民。 | | | | | | | | | | | |
| 项目立项情况 | | 设立依据 | | 参照往年设立。 | | | | | | | | | |
| 如何支持大同经济发展转型及部门事业发展 | | 医改后国家为支持医院后续发展提供资金保障，更好服务于社会及人民。 | | | | | | | | | |
| 保证项目顺利实施的制度  及资金管理办法 | | | | 专款专用，确保项目有计划，有进度的完成。 | | | | | | | | | |
| 项目资金申请  （万元） | 资金总额：300 | | | | | | | | | | | | |
| 财政拨款：300 | | | | | | | | | | | | |
| 项目实施进度计划 | 项目实施内容 | | | | | | | 开始时间 | | | | 完成时间 | |
| 1、制定计划，开展论证，研究确定阶段。 | | | | | | | 2019年 2月1 日 | | | | 2019年4月1 日 | |
| 2、启动采购、上报计划、发布公告、招标采购阶段。 | | | | | | | 2019 年5月1 日 | | | | 2019年7月1日 | |
| 3、设备验收、投入使用、结账付款阶段。 | | | | | | | 2019 年8月1 日 | | | | 2019年12月31日 | |
| 项目绩效目标 | 总目标 | | 支持医院发展，为医院提供资金保障。 | | | | | | | | | | |
|
| 分解目标 | | 指标内容 | | | | 实施程度 | | | | | | |
| 1、数量指标 | | | | 购买与妇产、计划生育相关的设备及材料若干。 | | | | | | |
| 2、效益指标 | | | | 满足相关病患更科学、更完善的诊断与治疗。 | | | | | | |
| 3、满意度指标 | | | | 群众患者满意度高。。 | | | | | | |
| 其他需说明的问题 |  | | | | | | | | | | | | |
| 主管部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 财政部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 填报单位负责人（签名）：杨波 填报人：马嘉 联系电话：5162040 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目支出绩效目标申报表 | | | | | | | | | | | | | |
| （ 2019 年度） | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位（盖章）大同市第五人民医院 | | | | | | | | | 申请日期：201 9 年 2月14 日 | | | | |
| 项目名称 | | 离休干部医药费 | | | | 主管部门 | | | 大同市卫生健康委员会 | | | | |
| 实施单位 | | 大同市第五人民医院 | | | | 项目负责人 | | | 高熙常 | | 联系电话 | | 18835221166 |
| 项目类别 | | □ A类项目 | | | □ B类项目 | | | | | √C类项目 | | | |
| 起止时间 | | 2019 年 1 月 至 201 9 年 12 月 | | | | | | | | | | | |
| 项目概况 | | 大同市第五人民医院承担147个离休干部医疗保障 | | | | | | | | | | | |
| 项目立项情况 | | 设立依据 | | 参照往年情况设立 | | | | | | | | | |
| 如何支持大同经济发展转型及部门事业发展 | | 139个普通离休干部，每人每年3万元整；8个省级离休干部，每人每年6万元整。保障离休干部基本医疗生活质量。 | | | | | | | | | |
| 保证项目顺利实施的制度  及资金管理办法 | | | | 设立专账、专款专用 | | | | | | | | | |
| 项目资金申请  （万元） | 资金总额：465 | | | | | | | | | | | | |
| 财政拨款：465 | | | | | | | | | | | | |
| 项目实施进度计划 | 项目实施内容 | | | | | | | 开始时间 | | | | 完成时间 | |
| 1、离休干部医药费报销工作 | | | | | | | 2019 年1月 | | | | 2019 12月 | |
| 项目绩效目标 | 总目标 | | 大同市第五人民医院承担147个离休干部医疗保障，及时进行报销。 | | | | | | | | | | |
|
| 分解目标 | | 指标内容 | | | | 实施程度 | | | | | | |
| 1、报销工作及时性 | | | | 及时性 | | | | | | |
| 2、医疗报销覆盖情况 | | | | 147个离休干部 | | | | | | |
| 其他需说明的问题 |  | | | | | | | | | | | | |
| 主管部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 财政部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 填报单位负责人（签名）：尹敬文 填报人：佘丽君 联系电话： 15235277824 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目支出绩效目标申报表 | | | | | | | | | | | | | |
| （ 201 9 年度） | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位（盖章）大同市第五人民医院 | | | | | | | | | 申请日期：201 9 年2 月14 日 | | | | |
| 项目名称 | | 大型医疗设备购置 | | | | 主管部门 | | | 大同市卫生健康委员会 | | | | |
| 实施单位 | | 大同市第五人民医院 | | | | 项目负责人 | | | 马建中 | | 联系电话 | | 13934457588 |
| 项目类别 | | □ A类项目 | | | □ B类项目 | | | | | √C类项目 | | | |
| 起止时间 | | 201 9 年 1 月 至 201 9 年 12 月 | | | | | | | | | | | |
| 项目概况 | | 1、2018年10月30日国家卫健委发布《关于发布2018-2020年大型医用设备配置规划的通知》，指导思想是统筹大型医用设备配置布局，提升医疗资源供给效率，不断满足人民群众日益增长的医疗服务需求,并指出PET/CT属乙类大型设备，由省级卫生健康部门制定年度实施计划。2018年12月27日山西省卫健委发布《关于印发《山西省一类大型医用设备配置许可管理实施细则（试行）》的通知，大同市第五人民医院配置PET/CT申请经市卫计委批准上报至省卫健委，目前大同区域还没有配置PET/CT,不仅影响到患者的本地诊疗，也不利于地区医疗的发展，故急需配置该型设备。2、大同市第五人民医院成立于1952年，医院占地330亩，市省内知名的综合型三级甲等医院，核医学工作开展于1991年，系省内最早开展该项工作的医院之一，20多年取得长足的发展，先开展核素显像、核素治疗等多方面工作，具备较强的核医学专业工作基础及临床应用的丰富经验，完全具备PET/CT配置前置标准。3、大同市第五人民医院市山西省晋北区域医疗中心，服务全市四区六县近400万人口，辐射周边朔州市、内蒙古乌兰察布市、河北涞源等地区近千万人口，有利于诊治更多的病源。4、配置后医院将成立PET/CT中心，人员配备完整，目前配套设施完备，医院已建设符合环保卫生部门要求和临床需求的场地和基础设施、完善的辐射防护设施。 | | | | | | | | | | | |
| 项目立项情况 | | 设立依据 | | 国家卫健委《关于发布2018-2020年大型医用设备配置规划的通知》  山西省卫健委《关于印发《山西省乙类大型医用设备配置许可管理实施细则（试行）》的通知》  大同市卫计委《关于同意大同市第五人民医院申请配置PET-CT设备的批复》（ 同卫规信【2018】324号）  大同市第五人民医院《关于购买PET-CT的请示》 | | | | | | | | | |
| 如何支持大同经济发展转型及部门事业发展 | | 大同市五医院作为省区域医疗中心，配置PET-CT后，方便了患者赴外地就医检查，又能提高本地区医疗机构的技术水平。促进大同的医疗事业发展 | | | | | | | | | |
| 保证项目顺利实施的制度  及资金管理办法 | | | | 1、严格按照《大型医用设备使用管理办法》实施，保证项目顺利实施。  2、保证项目顺利实施的具体措施：1）做好配置申请过程。2）做好场地流程规划。3）做好人才引进，人员培训。  3考核办法。  考核主体：医院绩效管理科。  考核对象PET/CT中心。  考核时间节点。、19年。12月1日科室正常运营。  4.设立专账、专款专用 | | | | | | | | | |
| 项目资金申请  （万元） | 资金总额：1000 | | | | | | | | | | | | |
| 财政拨款： 1000 | | | | | | | | | | | | |
| 项目实施进度计划 | 项目实施内容 | | | | | | | 开始时间 | | | | 完成时间 | |
| 1、项目的公开招标 | | | | | | | 2019年4月 15日 | | | | 2019年5 月15日 | |
| 2、设备的到货安装调试 | | | | | | | 2019 年 6月1日 | | | | 2019年9 月1日 | |
| 3、人员培训及资质办理 | | | | | | | 201 9年9月2日 | | | | 201 9年10月1日 | |
| 4、设备使用 | | | | | | | 2019年10月10日 | | | | 2019年12月31日 | |
| 项目绩效目标 | 总目标 | | 提高医院整体水平，同时带动多学科与国际先进水平接轨，提升恶性肿瘤诊治质量，增加新的诊查项目。预计周检测人数30人次，年收入800万元，为医院及地区医疗发展创造更多的效益。 | | | | | | | | | | |
|
| 分解目标 | | 指标内容 | | | | 实施程度 | | | | | | |
| 1、预计周检测人数 | | | | 30人 | | | | | | |
| 2、预计年收入 | | | | 800万元 | | | | | | |
| 3、提高医院整体水平 | | | | 提高 | | | | | | |
| 其他需说明的问题 |  | | | | | | | | | | | | |
| 主管部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 财政部门审核意见 |  | | | | | | | | | | | | |
| 填报单位负责人（签名）： 尹敬文 填报人： 佘丽君 联系电话：15235277824 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目支出绩效目标申报表 | | | | | | | | | | | |
| （ 2019年度） | | | | | | | | | | | |
| 申请单位（盖章）大同市卫生学校 | | | | | | | 申请日期：2018 年12 月17 日 | | | | |
| 项目名称 | 2019年中职学校免学费上级补助及市级配套资金 | | | | 主管部门 | | 大同市卫生健康委员会 | | | | |
| 实施单位 | 大同市卫生学校 | | | | 项目负责人 | | 吴昊 | | 联系电话 | | 2303001 |
| 项目类别 | □ A类项目 | | | □ B类项目 | | | | ☑ C类项目 | | | |
| 起止时间 | 2019年 1 月 至 2019 年 12 月 | | | | | | | | | | |
| 项目概况 | 国家为中职学校一、二年级的在校生减免全部学费后，而用于弥补中职学校一般公用经费支出的不足而下达的资金。我校用于支付劳务费、物业管理费（已办理政府集中采购）、水电费、办公费、差旅费、印刷费、专用材料费以及其他商品服务支出等各项学校日常经费开支。 | | | | | | | | | | |
| 项目立项情况 | 设立依据 | | 同财教（2018）121号 | | | | | | | | |
| 如何支持大同经济发展转型及部门事业发展 | | 国家为中职学校一、二年级的在校生减免全部学费，让更多因家庭经济困难无法承担学费的学生能顺利地完成中专学业，为国家培养更多更优秀的一线的医护的人才。 | | | | | | | | |
| 保证项目顺利实施的制度  及资金管理办法 | | | 晋财教（2018）293号 、同财教（2018）121号、大同市卫生学校管理制度 | | | | | | | | |
| 项目资金申请  （万元） | 资金总额：352万元 | | | | | | | | | | |
| 财政拨款：352万元 | | | | | | | | | | |
| 项目实施进度计划 | 项目实施内容 | | | | | | 开始时间 | | | 完成时间 | |
| 1.劳务费 | | | | | | 2019年1月1日 | | | 2019年12月31日 | |
| 2.物业管理费 | | | | | | 2019年1月1日 | | | 2019年12月31日 | |
| 3.水电费 | | | | | | 2019年1月1日 | | | 2019年12月31日 | |
| 4.办公费等 | | | | | | 2019年1月1日 | | | 2019年12月31日 | |
| 项目绩效目标 | 总目标 | 弥补学校一般公用经费支出的不足，保证学校的各项工作正常而顺利地开展。 | | | | | | | | | |
| 分解目标 | 指标内容 | | | | 实施程度 | | | | | |
| 1.日常工作完成情况 | | | | 完成 | | | | | |
| 2.日常工作保障率 | | | | 100% | | | | | |
| 3.日常工作开展周期 | | | | 全年 | | | | | |
| 4.部门履职能力 | | | | 良好 | | | | | |
| 其他需说明的问题 |  | | | | | | | | | | |
| 主管部门审核意见 |  | | | | | | | | | | |
| 财政部门审核意见 |  | | | | | | | | | | |
| 填报单位负责人（签名）： 吴昊 填报 : 单秀洁 联系电话： 2303098 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目支出绩效目标申报表 | | | | | | | | | | | |
| （ 2019 年度） | | | | | | | | | | | |
| 申请单位（盖章）大同市中医医院 | | | | | | | | 申请日期：2019 年 2月14 日 | | | |
| 项目名称 | | 中医能力建设及运行补助经费 | | | 主管部门 | | | 大同市卫生健康委员会 | | | |
| 实施单位 | | 大同市中医医院 | | | 项目负责人 | | | 姜世瑞 | 联系电话 | | 13703524559 |
| 项目类别 | | □ A类项目 | | | □ B类项目 | | | | ☑ C类项目 | | |
| 起止时间 | | 2019 年1月 至 2019 年 12月 | | | | | | | | | |
| 项目概况 | | 提升医院的服务能力并保证正常运行 | | | | | | | | | |
| 项目立项情况 | | 设立依据 | | 逐步提升医院的中医服务能力。 | | | | | | | |
| 如何支持大同经济发展转型及部门事业发展 | | 激发职工工作积极性，提高服务能力。 | | | | | | | |
| 保证项目顺利实施的制度  及资金管理办法 | | | | 严格各项工作制度，严格按资金使用计划支付。 | | | | | | | |
| 项目资金申请  （万元） | 资金总额： 600 | | | | | | | | | | |
| 财政拨款： 600 | | | | | | | | | | |
| 项目实施进度计划 | 项目实施内容 | | | | | | 开始时间 | | | 完成时间 | |
| 1、分季度实施 | | | | | | 2019年1月1日 | | | 2019年12月1日 | |
| 项目绩效目标 | 总目标 | | 保证医院服务能力持续提升，良性发展。 | | | | | | | | |
|
| 分解目标 | | 指标内容 | | | 实施程度 | | | | | |
| 1、服务能力 | | | 明显提高 | | | | | |
| 2、激发职工积极性 | | | 提高待遇，保障工资和保险的支付 | | | | | |
| 其他需说明的问题 |  | | | | | | | | | | |
| 主管部门审核意见 |  | | | | | | | | | | |
| 财政部门审核意见 |  | | | | | | | | | | |
| 填报单位负责人（签名）： 姜世瑞 填报人：梁库 联系电话： 13603524598 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目支出绩效目标申报表 | | | | | | | | | | | |
| （ 2019 年度） | | | | | | | | | | | |
| 申请单位（盖章）大同市中医医院 | | | | | | | | 申请日期：2019 年 2月14 日 | | | |
| 项目名称 | | 物业运行补助 | | | 主管部门 | | | 大同市卫生健康委员会 | | | |
| 实施单位 | | 大同市中医医院 | | | 项目负责人 | | | 姜世瑞 | 联系电话 | | 13703524559 |
| 项目类别 | | □ A类项目 | | | □ B类项目 | | | | ☑ C类项目 | | |
| 起止时间 | | 2019 年1月 至 2019 年 12月 | | | | | | | | | |
| 项目概况 | | 保证医院水、电、暖、气、等的正常运转及后勤物资的供应 | | | | | | | | | |
| 项目立项情况 | | 设立依据 | | 依照往年情况设立 | | | | | | | |
| 如何支持大同经济发展转型及部门事业发展 | | 服务人民群众，保障身体健康。 | | | | | | | |
| 保证项目顺利实施的制度  及资金管理办法 | | | | 项目严格执行招投标制和合同管理制等法律法规，严格按资金使用计划支付。 | | | | | | | |
| 项目资金申请  （万元） | 资金总额： 1187 | | | | | | | | | | |
| 财政拨款： 1187 | | | | | | | | | | |
| 项目实施进度计划 | 项目实施内容 | | | | | | 开始时间 | | | 完成时间 | |
| 1、分季度实施 | | | | | | 2019年1月1日 | | | 2019年12月1日 | |
| 项目绩效目标 | 总目标 | | 保证医院正常运转，保障医疗工作需求。 | | | | | | | | |
|
| 分解目标 | | 指标内容 | | | 实施程度 | | | | | |
| 1、水、电、暖等 | | | 达到医疗工作的需求 | | | | | |
| 其他需说明的问题 |  | | | | | | | | | | |
| 主管部门审核意见 |  | | | | | | | | | | |
| 财政部门审核意见 |  | | | | | | | | | | |
| 填报单位负责人（签名）： 姜世瑞 填报人：梁库 联系电话： 13603524598 | | | | | | | | | | | |