附件 2

试点城市推荐表

<table>
<tr><td rowspan="2">城市情况</td><td>城市名称</td><td>辖区常驻人口数（万）</td><td>辖区设区数量（个）</td><td colspan="4">拟规划布局的网格数量（个）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="8">网格化布局的紧密型城市医疗集团基本情况</td></tr>
<tr><td rowspan="2">排序</td><td rowspan="2">紧密型城市医疗集团名称</td><td rowspan="2">紧密型城市医疗集团服务人口数（万）</td><td rowspan="2">紧密型城市医疗集团医疗卫生人员数</td><td colspan="4">紧密型城市医疗集团医疗资源结构（个）</td></tr>
<tr><td>三级医院</td><td>二级医院</td><td>基层医疗卫生机构</td><td>其他医疗卫生机构（注明类型+数量）</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

_____省卫生健康委联系人：　　所在部门及电话：

省卫生健康委(盖章)：

注: 1.辖区常住人口数仅统计在市区的常住人口数量，不包括县域。

2.医疗资源仅统计市区的医疗资源结构情况，不包括县域。

3.医疗卫生人员、医疗卫生机构含义遵照《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》有关规定。

4.试点城市推荐表 excel 版和盖章扫描版同时报送国家卫生健康委医政司医疗资源处邮箱。