**毛发健康规范化诊疗中心项目医院承诺函**

|  |  |
| --- | --- |
| **合作医院确认** | |
| 我医院完全了解并愿意参与国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心与中国医药卫生事业发展基金会发起的毛发健康规范化诊疗中心项目，理解毛发健康规范化诊疗中心建设的意义，承诺支持中心建设，为中心建设和发展提供人力、流程优化、院内外协调等方面的行政支持。  作为该项目的合作医院，承担合作医院职责并配合完成项目。在收集、处理患者个人信息时必须取得患者的同意并采取适当的措施保护个人信息的安全。  盖章: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  签字: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  科室: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  日期: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 医院名称 |  |
| 科室项目负责人 |  |
| 手机 |  |
| 电子邮箱 |  |