

## 2 型炎症皮肤病规范化诊疗与临床研究协作项目

### 协作单位承诺函

合作医院确认	
<p>我医院完全了解并愿意参与皮肤病与性病国家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 2 型炎症皮肤病规范化诊疗与临床研究协作项目，理解 2 型炎症皮肤病规范化诊疗与临床研究协作项目建设的意义，承诺支持协作项目建设，为协作项目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。</p> <p>作为该项目的协作单位，承担协作单位的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。</p> <p style="text-align: right;">医院（公章）：_____</p> <p style="text-align: right;">法人代表/院长（签字）：_____</p> <p style="text-align: right;">科主任（签字）：_____</p> <p style="text-align: right;">日期：_____</p>	
医院名称	
科室项目负责人	
负责人手机号码	
负责人电子邮箱	