附件1

**患者安全工具实例征集报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医院名称** |  | | | | | |
| **申 报 人** |  | | | **职 称** | |  |
| **联系电话** |  | | | **邮 箱** | |  |
| **团队成员**  **（选 填）** | **序号** | **姓名** | **部门/科室** | | **职务** | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
| **工具名称** |  | | | | | |
| **工具来源** | □ 原创 □ 改进（借鉴自 ） | | | | | |
| **工具使用场景** |  | | | | | |
| **工具效果** |  | | | | | |
| **工具真实性**  **承诺** | 本机构依照“2024年患者安全工具百佳实例征集活动”规定提出申请，并同意主办方运用案例作为摄影、电视播放、出版及各项宣传教育、学术研究等活动，并承诺本案例/经验所有过程、记录和数据真实、可追溯。  医院盖章：  年 月 日 | | | | | |

**填报说明：工具实例入围后，申报人姓名用于制作证书（限1人）**

**报名表请单位盖章后上传PDF扫描件。**