附件

“改善就医感受，提升患者体验”

创新实践案例征集申报书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 案例名称 |  | | | | |
| 是否申报  “县域专区” |  | | | | |
| 申报单位  基本情况 | 单位名称 |  | | 医院级别/等次 |  |
| 通讯地址 |  | | 邮政编码 |  |
| 案例负责人  基本信息 | 姓名 |  | | 性别 |  |
| 学历 |  | | 职务/职称 |  |
| 电话 |  | | 电子邮箱 |  |
| 联系人信息 | 姓名 |  | | 电话 |  |
| **案例摘要（不超过600字，以列点的方式精炼阐述案例背景、目标、做法、成果与启示。格式要求：小四号宋体字，1.5倍行距。）** | | | | | |
|  | | | | | |
| **案例正文（不超过3000字，应包含案例背景、案例目标、典型做法、案例成果和价值体现与启示借鉴等部分。格式要求：小四号宋体字，1.5倍行距。如有其他形式支持材料，如ppt、动画、视频、照片等，可在此申报书外另附支持文件。）** | | | | | |
|  | | | | | |
| 案例组成员（包括案例申报负责人） | | | | | |
| 姓名 | 单位 | | 职务/职称 | 承担任务 | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
| 案例征集  申报声明 | 案例组依照“医疗卫生服务提质增效创新实践案例征集”规定进行案例申报，且申报者对内容真实性负责。  案例负责人（签字）：    年 月 日 | | | | |
| 申报单位  意见 | 同意申报。    （盖章）  年 月 日 | | | | |