附件

**细菌真菌感染诊治培训项目**

**实践案例申报书**

|  |  |
| --- | --- |
| **案例名称：** |  |
| **申 请 人：** |  | **联系电话：** |  |
| **工作单位：** |  |
| **通讯地址：** |  |
| **邮政编码：** |  | **单位电话：** |  |
| **电子邮箱：** |  |
| **申报日期：** |  |

**国家卫生健康委医院管理研究所**

**2024年8月制**

**一、基本信息**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申报单位****基本情况** | 医院名称 |  | 医院级别 |  |
| 医院类别 |  | 医院类型 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| **案例申请人** | 所在部门 |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 学 历 |  | 证 件 号 |  |
| 电子邮箱 |  | 手 机 号 |  |
| 行政职务 |  | 技术职称 |  |
| 主要学术任职 |  |
| **案例推荐人** | 所在部门 |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 学 历 |  | 证 件 号 |  |
| 电子邮箱 |  | 手 机 号 |  |
| 行政职务 |  | 技术职称 |  |
| 主要学术任职 |  |
| **已参与项目** | 如无则空 |
| **是否为AMS小组成员** | 案例申请人 □是（是否为AMS小组负责人 □是 □否） □否案例推荐人 □是（是否为AMS小组负责人 □是 □否） □否 |
| **改善目标** **（可多选）** | [ ] 有利于推动细菌真菌感染诊疗能力提升[ ] 有利于抗菌药物目录优化[ ] 有利于科学管理抗菌药物（DDD、VBP等指标达成）[ ] 有利于AMS的开展[ ] 其他：  |
| **案例标题** |  |
| **内容摘要（500字以内）：** |

**二、案例内容**

|  |
| --- |
| **请参照以下提纲撰写，要求逻辑清晰，主题突出，层次分明，内容翔实，排版清晰。****1.案例背景：**本案例的实施背景及意义。**2.案例目标：**解决的核心问题。**3.案例实施方法与过程：**a.基本思路b.实施方法c.实施过程**4.案例成效****5.其他：**作者要分享的其他内容。**6.参考文献：**开展本课题研究的主要中外参考文献。注：1.正文内容字数在3000-5000字，最多不超多8000字；2.字体：宋体小四，小标题加粗；3.行距：固定值28磅。 |

三、承诺书

|  |
| --- |
| 本人承诺对本申请书填写内容的真实性负责，保证没有知识产权争议。本人同意主办方运用案例作为出版及学术研究等活动，并承诺本案例所有过程、记录和数据真实、可追溯。若填报失实或违反规定，本人愿承担全部责任。 本人签字： 单位盖章： 年 月 日 |