编号：

上海市医院协会信息管理专业委员会

2023年度智慧医院优秀案例申报书

 案例名称：

 案例方向： □信息化基础设施 □智慧服务

（单选） □智慧医疗 □智慧管理

 申报人：

 所在单位： （盖章）

 联系电话：

邮箱地址：

2023年 月 日

填 表 说 明

1.有关情况详见《案例申报通知》，请仔细阅读后填写。

2.填写的内容应保证真实性，简明扼要，突出重点。

3.本次案例征集支持个人或团队申报，若为个人申报，无需填写团队成员信息。

4.凡递交的相关材料用于存档，不予退还，敬请谅解。

一、申报人及团队成员

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报人 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 学历 |  |
| 单位 |  |
| 职务 |  | 职称 |  | 专长 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 电话 |  | 手机 |  | 传真 |  |
| 团队成员 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学历 | 单位 | 职务/职称 | 项目贡献 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 联系人 | 姓名 |  | 电子邮箱 |  |
| 电话 |  | 手机 |  | 传真 |  |

二、案例建设的背景

|  |
| --- |
| 请简要阐述案例建设的背景、面向的实际需求及需解决的具体问题。（限600字以内） |

三、案例内容

|  |
| --- |
| 1.请说明案例建设的基本情况，建设内容、案例进展、取得成效。2.请介绍案例的主要建设方法、方案设计、技术应用、目标成果等。（限1800字以内） |

四、案例的创新点

|  |
| --- |
| 请描述本案例的亮点与特色、潜力与价值等，着重介绍本案例的创新性。（限600字以内） |

五、案例申请人承诺

|  |
| --- |
|  我承诺对本人填写的各项内容的信息真实性负责。  申请人（签名）： 年 月 日 |

六、申报人所在单位意见

|  |
| --- |
|  单位（盖章）： 年 月 日 |