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 |