附件：

第二届“提高医疗质量安全 提升医疗服务水平” 案例申报表

|  |  |
| --- | --- |
| 申报单位 |  |
| 案例名称 |   |
| 案例类别 （请勾选） | 提高医疗质量安全 □ 提升医疗服务水平 □ |
| 申报案例形式（请勾选） | □WORD □PPT □短视频 □其它：  |
| 负责人 |  | 部门/职务 |  |
| 手机号码 |  |
| 电子邮件 |  |
| 联系人 |  | 手机号码 |  |
| 电子邮件 |  |
| 案例摘要：（可附页） |
| 1本单位承诺：投稿案例主题内容积极健康向上，符合社会主义核心价值观，内容原创，无抄袭、套改，且未参与其他相关评比。作品如涉及真实病人已征得本人同意并确保未出现相关医疗设备、药品公司名称及LOGO。 | 单位意见（盖章）：2024年 月 日 |

**注：本表请单位盖章，并将盖章后的扫描件与申报案例一并提交。**