附件1

“2019年广东省改善医疗服务行动计划典型案例”申报表

|  |  |
| --- | --- |
| 医院名称 |  |
| 医院类别 |  | 医院级别 | □三级 □二级 □一级 |
| 申报联系人 |  | 手机 |  |
| 邮 箱 |  |
| 申报主题 |  （注：根据文件典型案例遴选范围十大主题中填写其一） |
| 案例名称 |  |
| 案例事迹（包括典型案例名称、具体措施、主要成效、亮点和特色等） |   （材料应尽量通过数据等客观指标来体现改善医疗服务工作成效，可续页，字数不超过3000字） |
| 所获荣誉（近三年） |  |
| 单位意见 |   签字 （盖章） 日期： |