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： | | |