广东省卫生健康委妇幼健康处

委托项目申报书

项 目 名 称 2024年度广东省妇幼保健机构绩效监测

申 报 单 位

申 报 日 期

2024年12月

一、申报单位基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1．申报单位负责人基本情况 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | | 性别 | | |  | | 年龄 |  | | 民族 | |  |
| 政治面貌 | |  | | | 身份证号 | | |  | | | | | | | |
| 职务 | |  | | | | | | 职称 | |  | | | | | |
| 学历（学位） | |  | | | | | | 研究专长 | |  | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | | 邮编 |  | | |
| 手机号码 | |  | | | | | | | | E-mail | |  | | | |
| 2．申报单位其他成员基本情况 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | | 年龄 | 工作单位 | | | 学历  （学位） | | | 职称  （职务） | | 研究专长 | | 调查工作分工 | |
|  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |
| 3. 联络员联系方式 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | 手 机 | | | | 办公电话 | | | 传真电话 | | | | Email | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |

二、申报单位近3年来相关工作经历及成果

三、项目工作方案