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