附件1

**案例/经验报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | 医院类型 |  |
| 医院地址 |  | 医院级、等 |  |
| 案例/经验类型 | □国家医疗质量安全改进目标落实案例/经验 | | |
| □《全面提升医疗质量行动计划》落实案例/经验 | | |
| □《手术质量安全提升行动方案》落实案例/经验 | | |
| □《患者安全专项行动方案》落实案例/经验 | | |
| □其他医疗质量安全改进落实案例/经验 | | |
| 负责人姓名 |  | 手机（必填） |  |
| e-mail（常用） |  |
| 联系人 |  | 手机（必填） |  |
| e-mail（常用） |  |
| 主题 |  | | |
| **同意承诺书**  本机构依照“2024年医疗质量安全改进暨《全面提升医疗质量行动计划》落实案例/经验征集活动”规定提出申请，并同意主办方运用案例/经验作为摄影、电视播放、出版及各项宣传教育、学术研究等活动，并承诺本案例/经验所有过程、记录和数据真实、可追溯。  机构盖章  年 月 日 | | | |

* 填报说明：

1.报名表请单位盖章后上传PDF扫描件。

2.如字段数不够，请自行增加。