附件1

**案例征集报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | |
| 医院地址 |  | 医院级别及类型 |  |
| 案例负责人 |  | 手机（必填） |  |
| e-mail（常用） |  |
| 案例联系人 |  | 手机（必填） |  |
| e-mail（常用） |  |
| 案例题目 |  | | |
| **同意承诺书**  本机构依照“脑出血外科诊疗能力提升项目”手术典型案例征集活动要求提出申请，并承诺本案例所有过程、记录和数据真实、可追溯。    盖章  2024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。

3.“盖章”处加盖医院公章或医务、科教等行政管理部门章