附件1

**医疗质量持续改进案例报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | 医院类型 |  |
| 医院地址 |  | 医院级、等 |  |
| 案例类型 | □医疗类 □护理类 □院感类 □药学类 □管理类 □其他：（请注明） | | |
|
| 案例类别 | □HFMEA □PDSA/PDCA □RCA □6S管理 □精益管理类 □其他类别（请注明） | | |
|
|
| 负责人姓名 |  | 手机（必填） |  |
| e-mail（常用） |  |
| 联系人 |  | 手机（必填） |  |
| e-mail（常用） |  |
| **案例名称** |  | | |
| **同意承诺书**  本机构依照“医疗质量持续改进案例征集活动”规定提出申请，并同意主办方运用案例作为摄影、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。