**附件1：首届医院品质管理QC小组（品管圈）经验交流会 报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | | 医疗机构代码 | |  | |
| 机构地址 |  | | | 医院总床数 | |  | |
| 机构负责人姓名 |  | 职称 |  | 电话 | |  | |
| 联系人姓名 |  | 职称 |  | 电话 | |  | |
| 传真 | |  | |
| e-mail（常用） | |  | |
| 项目负责人  (圈/组长) |  | 职称 |  | 电话(o) | |  | |
| 手机 | |  | |
| e-mail（常用） | |  | |
| 品管圈圈名 |  | | | | | | |
| 申请部门（科室） |  | | | | | | |
| 活动主题 |  | | | | | | |
| **本院开展品管圈指导专家**： | □台湾专家指导 □清华大学培训班 □中国质量协会  □参考书籍自学 □第三方培训机构 | | | | | | |
| 机构参与记录 | 机构开展该活动已有 年 | | | | | | |
| 预计**参会人数** |  | | | | | | |
| **同意书**  本机构依照组委会规定同意主办方运用该案所有参赛数据做为摄影、电视播放、出版及各项宣传教育、学术研究等活动推广用途并配合出席主办方举办的质量提升推广活动。  （机构）盖章 | | | | | | | |
| 参与成(圈)员 | 姓名 | | 职称 | | 姓名 | | 职称 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| 辅导员  （请勿与参与成员重复） | 机构内部辅导员 | | | | | | |
| 姓名 | | 职称 | | 姓名 | | 职称 |
|  | |  | |  | |  |
| 外部辅导员 | | | | | | |
| 姓名 | | 服务机构 | | | | 职称 |
|  | |  | | | |  |
| **参会备注：** | **如字段数不够，请自行增加，本表可复制。** | | | | | | |
| **参会代表需缴纳会务费、资料费。会员单位每人1280 元，非会员单位每人1380 元。观摩单位每人900元。（每个单位组织5人（含）以上免费一人）出席会议的代表请尽量采用网上汇款的方式缴费。** | | | | | | |