**附件1：“2020中国医院质量管理最佳实践案例交流大会”**

**报 名 表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | 医疗机构代码 | |  | |
| 机构地址 |  | | 医院级别 | | **二级/三级** | |
| 机构负责人  姓名 |  | | 电话 | |  | |
| 项目负责人 |  | | 电话(o) | |  | |
| 手机 | |  | |
| e-mail（常用） | |  | |
| 案例名称 |  | | | | | |
| 申请部门 |  | | | | | |
| 案例主题 |  | | | | | |
| 参与活动人数 |  | | | | | |
| **知情同意书**  本机构依照学会规定，同意主办方将该案例用于案例教学、书籍出版、摄影、电视播放及配合出席主办方举办的质量提升推广活动。 （机构）盖章 | | | | | | |
| 案例参与  主要成员 | 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 |
|  |  | | | |  |
| 开票信息： | 增值税专用发票🞏 增值税普通发票🞏 会议费 🞏 培训费🞏 | | | | | |
|  | 单位名称： 税 号：  地址、电话： 开户行、账号：  请代表认真填写开票信息，如需开具增值税专用发票请将以上信息填写清楚。如开具增值税普通发票只需填写单位名称及税号即可。请咨询贵单位财务人员开具发票种类及内容，认真进行勾选。 | | | | | |