**附件一：**

**中国公立医院高质量发展论坛暨公立医院创新管理交流会**

**《参会报名表》**

**请用正楷填写，2021年9月30日前将电子邮件发送至:**GZLFZLT@126.com

（单位盖章）：

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 | 　 |
| 通讯地址 | 　 | 邮编 | 　 |
| 开票信息 | 单位名称：税号：其他： |
| 联系人 | 　 | 职务 | 　 | 科室 | 　 |
| 电 话 | 　 | 手机 | 　 | 传真 | 　 |
| 电子邮箱 | 　 | 网址 | 　 |
| 经研究，我单位决定派 位同志参加本次论坛，并于2021年　　月　　日汇入论坛指定收款账号（□ 电汇　 □ 现金 □ 现场POS刷卡）。 |
| 参会人员共（ ）人　 | 姓名 | 职务 | 性别 | 手机 | 备注 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| **住 宿****要 求** | □ 由会务组统一安排食宿，费用自理； □ 自行安排食宿双人标间： 间（两床）； 单人房间： 间（单人大床）；预定时间：10月 日-10月 日；备注：具体食宿费用标准论坛前7日会务组连同报道通知一同发至贵单位，已定房间保留至会议报到当天晚上20：00（房间价格以酒店最后定价为准，费用自理），如有个人住单间需提前说明，请向参会人员提前预定房间，并说明数量，会务组好统筹安排食宿工作，费用自理。 |

|  |
| --- |
| **其他事项：参会单位必须项请提供准确信息，否则将影响接收会议通知及会议资讯**1.论坛组委会在收到相关报名信息后将于第一时间以邮件或电话的方式予以确认报名是否成功；2.参会人员现场报道后领取参会证后，凭证入场。**汇款与开票账户信息：**户 名：北京中欧国际医院管理技术研究院开户行：中国工商银行股份有限公司北京西三旗支行账 号：0200 2401 0920 0043 349税 号：911101140975527168地 址：北京市昌平区回龙观镇金燕龙大厦709 |
| **注：此表复印有效，填妥后请将扫描件发送至**GZLFZLT@126.com |

**附件二：**

**《医院创新管理典型案例报送表》**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | 医院性质及等级 |  |
| 所在地址 |  | 职工人数 |  | 开放床位 |  |
| 院长 |  | 党委书记 |  |
| 负责人 | 姓名 |  | 职务 |  | 手机 |  |
| 电子邮箱 |  | 微信 |  |
| 案例主题 |  |
| 案例简介（300字内，详细材料附后） | 案例名称：案例简介： |
| 成果简述（300字内，详细材料附后） |  |
| 医院报送部门意见（**请注明是否同意幻灯演讲方式进行分享**） | (盖章)年 月 日 |
| 专家评定组意见 | （盖章）年 月 日 |
| 注：1、报送时间截止2021年9月30日24时；2、此表复印有效，填妥后请将扫描件或电子件与其他文件打包后发送至GZLFZLT@126.com,文件名称注明医院名称+创新管理案例报送。 |