附件1

泰州市医疗质量控制中心申请书

医疗卫生机构名称

机构类别与等级

申报质控中心专业

联系人姓名

职 务

电 话

邮 箱

泰州市卫生健康委 泰州市中医药管理局

填 表 说 明

一、泰州市域范围内有意向申请泰州市级医疗质量控制中心挂靠单位的医疗卫生机构，均须填报本申请书。

二、申请书各项内容，必须实事求是，内容真实，表达要明确、严谨，字迹要清晰易辨。

三、所有填写入表格的信息应提供相应支撑材料作为附件，单独成册作为初筛的佐证材料。

四、本申请书用A4纸正反打印，于左侧装订成册后，临床质控中心材料递交至市卫生健康委医政处，中医质控中心材料递交至市卫生健康委中医医政处，同时报送电子版本。

一、申请承担质控中心挂靠单位的医疗卫生机构基本情况

|  |
| --- |
|  |

二、申请承担质控中心专业科室基本情况及质控工作开展情况

|  |
| --- |
| （一）科室基本情况介绍： |
| （二）科室质控组织体系： |
| （三）科室内部质控标准程序： |
| （四）科室质控相关工作制度： |

三、拟任质控中心负责人(主任)基本情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 职 称 |  |
| 专 业 |  | 职 务 |  | 从事本专业年限 |  |
| 电子邮箱 |  | | | 电 话 |  |
| （一）市级及以上学（协）会任职情况： | | | | | |
| （二）主要科研（学术）成果： | | | | | |
| （三）所获奖励 | | | | | |

四、拟组建质控中心的专（兼）职人员（含其他单位人员）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人员所在单位 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学历 | 职务 | 拟任质控  中心职务 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

备注：质控中心设主任1名，副主任原则上不超过4名，成员不超过10名，秘书1名。

五、承担相关专业质控中心工作规划和计划

|  |
| --- |
|  |

六、拟安排开展质控工作所需办公场所、设备、经费的情况说明

|  |
| --- |
|  |

七、申请单位及上级主管部门意见

|  |
| --- |
| 申请单位意见：  法人代表签名：  单位（盖章）：  年 月 日 |
| 上级主管部门审核意见：  单位（盖章）：  年 月 日 |