**附件1：**

**案例申报书**

**申报单位类型：**质控中心（组）/医院

**案例名称：**

**案例负责人：**

**申报单位：**

**申报日期：**

|  |
| --- |
| **一、基本信息** |
| **案例名称** |  |
| **申报医院/质控中心名称** |  |
| **案例负责人姓名** |  | **手机（必填）** |  |
| **邮箱（常用）** |  |
| **案例联系人姓名** |  | **手机（必填）** |  |
| **邮箱（常用）** |  |
| **案例完成部门** |  |
| **案例参与部门** |  |
| **二、案例内容** |
| **1.改进工作背景及存在的问题** |
|  |
| **2.改进工作预期目标** |
|  |
| **3.改进工作具体做法** |
| （除文字外，可增加相关图表展示） |
| **4.改进工作具体成效** |
| （如近2-3年肿瘤治疗前临床TNM分期评估率结果变化情况） |
| **5.改进工作小结** |
|  |
| **三、案例推广价值** |
|  |
| **四、佐证材料** |
| （请提供会议记录，培训照片，近2-3年肿瘤治疗前临床TNM分期评估率的分子分母原始数据等相关资料） |