附件

**肿瘤诊疗质量提升行动优秀案例申报表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报人 | （团队/科室/医院/医联体/医疗集团/肿瘤专科联盟） | | |
| 联系人 |  | 职务 |  |
| 移动电话 |  | 邮箱 |  |
| 申报方向 |  | | |
| 案例名称 |  | | |
| 主要内容 | | | |
| 1. 背景 2. 主要做法 3. 成效 4. 推广价值 | | | |
| 申报人所在单位意见：  单位盖章： | | | |

注：完成填写申报表并盖章后扫描成PDF文件后，将word版和PDF版发送至zhongliuzhikong@163.com。