附件1：

**2020年广东医院优秀院长候选人申报书**

**单位名称：**

1. 基本情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **出生年月** |  | **彩色近照（大一寸）** |  |
| **职务** |  | **担任现职****年限** |  |
| **技术职称** |  | **文化程度** |  |
| **政治面貌** |  | **手机** |  |
| **电子邮箱** |  | **办公电话** |  | **传真** |  |
| **是否广东省医院协会单位会员** | 是□ 否□ | **医院等级** |  |
| **医院类别** | 省属及高校附属□ 市属□ 民营、县（区、镇）级□ 其它  |
| **通讯地址** |  | **邮编** |  |
| **申报事宜联系人姓名** |  | **职务** |  | **手机** |  |
| **电子邮箱** |  | **办公电话** |  | **传真** |  |

1. 简历

|  |
| --- |
|  |

1. 医院数据指标

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **指 标** | **2018年** | **2019年** | **2020年** |
| **实际数** | **增长率** | **实际数** | **增长率** | **实际数** | **增长率** |
| **在职员工总数** |  |  |  |  |  |  |
| **实际开放床位数** |  |  |  |  |  |  |
| **年门诊人次** |  |  |  |  |  |  |
| **年住院人次** |  |  |  |  |  |  |
| **手术例数（含门诊手术和住院手术）** |  |  |  |  |  |  |
| **年业务收入** | **万元** |  | **万元** |  | **万元** |  |
| **年人均产值** | **万元** |  | **万元** |  | **万元** |  |
| **资产总值** | **万元** |  | **万元** |  | **万元** |  |
| **医院负债情况** | **万元** |  | **万元** |  | **万元** |  |
| **病床使用率（%）** | **--** |  | **--** |  | **--** |  |
| **出院者平均住院日（天）** |  | **--** |  | **--** |  | **--** |
| **CMI值** |  | **--** |  | **--** |  | **--** |
| **院内感染发生率（%）** |  | **--** |  | **--** |  | **--** |
| **出入院诊断符合率（%）** |  | **--** |  | **--** |  | **--** |
| **员工年平均收入** | **――** |  | **――** |  | **――** |  |
| **出院病人人均住院费用** | **元** |  | **元** |  | **元** |  |
| **门诊病人次均医疗费用** | **元** |  | **元** |  | **元** |  |
| **科研成果** | **发表SCI论文数** |  |  |  |  |  |  |
| **省级及以上科研课题立项数** |  |  |  |  |  |  |
| **省级及以上科研课题结题数** |  |  |  |  |  |  |
| **获省级重点专科\实验室数量** |  |  |  |  |  |  |
| **获国家级重点专科\实验室数量** |  |  |  |  |  |  |

注：增长率计算以上一年为基数。

四、主要业绩（主要从管理业绩、专业技术能力、医院效益状况以及客户评价四个维度进行评价，字数不超过2000字）

|  |
| --- |
| （一）管理业绩（请从医院战略定位、实施策略、变革与创新管理业绩以及个人对医院医学研究工作贡献情况，医院所取得荣誉等方面阐述）（二）专业能力（包括个人管理专业能力和医学专业能力，请从治理能力、激励能力、沟通能力、应变能力及医学专业所取得的研究成果、学术地位、专家级别等方面阐述，列明所获主要荣誉及奖励等）（三）医院效益状况（包括社会效益和经济效益，请列举任医院所采取增强效益的措施，并作前后数据的对比）（四）客户评价情况(包括社会公益活动开展情况，医院为提高服务质量采取了哪些措施，说明有关服务特色以及投诉处理流程，社会对医院的评价以及所取得的荣誉) |

五、声明

|  |
| --- |
| 本人郑重承诺：所填报的材料真实可靠，无任何虚假成份，对所报材料的真实性负责并承担相应的责任。申报人（签字）: 日期： |

六、申报审批

|  |  |
| --- | --- |
| 所在单位意见   （盖章） 年 月 日 | 推荐单位   （盖章） 年 月 日 |

说明：

1.请登陆协会网站www.gdsyy.org进入“学术继教”中的“资料下载”栏目下载本申报书，并按要求填写，保证所填写信息的真实性、准确性、条理性；

2.联系方式：李欢13760879117、彭涛13922375707

办公电话：020-81842480 传真：020-81881689 邮箱：gdsygh@163.com

邮寄地址：广州市越秀区沿江中路298号江湾新城A座16楼 邮政编码：510110。

3. 已成立市医院协会的地级市（深圳、东莞、珠海、中山、阳江、梅州、河源、湛江），由当地医院协会作为推荐单位；未成立医院协会的地级市，由当地卫生行政主管部门作为推荐单位（市属医院由市卫生健康局推荐，县（区、镇）级医院由县（区、镇）卫生健康局推荐）。高等院校附属医院由高等医学院校医管处（或人事处）作为推荐单位。