**《世界管理调查-中国医院管理论坛》参会申请表**

请完整填写参会申请表，并经医院盖章或主管领导签字。

单个机构如果有多个参会人，可自行复制并分别填报参会人信息表，一并提交。

请将此表电子版于11月30日前发送至邮箱pkuccher@126.com。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **所在医院基本信息** | | | | |
| 单位名称 |  | | | |
| 单位地址 |  | | | |
| 电话/网址 |  | | | |
| 机构类型 | □综合医院 □专科医院 □基层医疗卫生机构 | | | |
| 机构等级 | □三级 □二级 □一级 □未定级 | | | |
| 机构等次 | □甲等 □乙等 □丙等 □未定等 | | | |
| 机构规模（2018） | 床位数： 年门诊人次： 年住院人次： | | | |
| 卫生技术人员构成 | 副高职称及以上占比： 本科学历及以上占比： | | | |
| 注册类型 | □国有 □集体 □股份合作 □联营 □有限责任公司 □股份有限公司 □私有  □其他内资 □港澳台投资 □国外投资 | | | |
| 医院所有权 | □部 □省 □市 □区县 □大学 □部队 □企业 □中外合资 | | | |
| 是否由第三方公司负责管理 | □是 □否 | 第三方管理公司名称 | |  |
| 是否属于医疗集团 | □是 □否 | 医联体领导医院名称 | |  |
| 参加人员姓名  （请完整填写后页的个人信息） |  | |  | |
| 单位盖章或  主管领导签字 |  | | | |

**《世界管理调查-中国医院管理论坛》参会申请表**

请完整填写参会申请表，并经医院盖章或主管领导签字。

单个机构如果有多个参会人，可自行复制并分别填报参会人信息表，一并提交。

请将此表电子版于11月30日前发送至邮箱pkuccher@126.com。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参会人员基本信息** | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | | | 年龄 | |  |
| 科室 | □内科 □外科 □妇科 □儿科 □全科  □其他（请说明）\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 职务 |  | 任职年限 | | | | | | |  | |
| 职称 | □初级及以下 □中级 □副高 □正高 | | | | | | | | | |
| 最高学历 | □高中 □中专 □大专 □本科 □硕士 □博士  □其他（请说明）\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 已获得学位类型  (可多选) | □临床 □管理 | | 是否从事管理工作 | | | | □是 □否 | | | |
| 管理类学位类型 | □MBA □其他（请说明）\_\_\_\_\_\_­­­­ | | | | | | | | | |
| 从事临床工作年限 |  | 从事管理工作年限 | | | |  | | | | |
| 管理专长(可多选) | □医务 □护理 □财务 □人力资源 □信息 □教学与科研 □后勤  □其他（请说明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 手机 |  | | 邮箱 | | | |  | | | |