附件2：

2022年暨南大学优秀医院管理干部申报表

单位名称：

一、基本情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **彩色近照****（大一寸）** |  |
| **出生年月** |  | **民 族** |  |
| **文化程度** |  | **职 务** |  |
| **技术职称** |  | **担任现职年限** |  |
| **政治面貌** |  | **办公电话** |  | **手机** |  |
| **电子邮箱** |  | **传真** |  |
| **个人曾受表彰及获奖情况** |  |
| **医院等级及****机构类别** |  |
| **单位地址** |  | **邮编** |  |
| **具体联系人****姓名** |  | **手 机** |  | **电子邮箱** |  |

二、 医院数据指标

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **指 标** | **2019年** | **2020 年** | **2021 年** |
| **实际数** | **增长率** | **实际数** | **增长率** | **实际数** | **增长率** |
| **实际开放床位数** |  |  |  |  |  |  |
| **年门诊人次** |  |  |  |  |  |  |
| **年住院人次** |  |  |  |  |  |  |
| **CD型病历占比（%）** |  | **--** |  | **--** |  | **--** |
| **出院者平均住院日（天）** |  | **--** |  | **--** |  | **--** |
| **手术例数（含门诊和住院）** |  |  |  |  |  |  |
| **三、四级手术占比** |  |  |  |  |  |  |
| **出院病人人均住院费用（元）** |  |  |  |  |  |  |
| **门诊病人次均医疗费用（元）** |  |  |  |  |  |  |
| **以暨南大学为第一单位的科研成果** | **发表SCI论文数** |  |  |  |  |  |  |
| **国家级科研项目立项数** |  |  |  |  |  |  |
| **年度所获科研经费总额（万元）** |  |  |  |  |  |  |
| **教学情况****及成果** | **正高职称教师人数** |  |  |  |  |  |  |
| **副高职称教师人数** |  |  |  |  |  |  |
| **国家级教学成果奖** |  |  |  |  |  |  |
| **省(部)级教学****成果奖** |  |  |  |  |  |  |
| **学科****建设****情况** | **国家级重点专科** |  |  |  |  |  |  |
| **省级重点专科** |  |  |  |  |  |  |
| **市级重点专科** |  |  |  |  |  |  |

注：增长率计算以上一年为基数。

三、主要业绩（主要从管理业绩、专业技术能力、医院效益状况、医教研及学科建设、客户评价五维度进行评价，字数不超过 800 字）

|  |
| --- |
|  |

四、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： |

五、申报审批

|  |
| --- |
| 所在单位意见（盖章）年 月 日 |
| 暨南大学医学部意见（盖章）年 月 日 |