附件1：

**申报参评机构信息汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 机构地址 | 机构性质 | 机构等级 | 负责人姓名 | 电话 | 联系人姓名 | 电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件2：

**申请评价专家信息汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 专家姓名 | 性别 | 学历 | 专业 | 职务 | 职称 | 工作单位 | 地址 | 电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件3：

**中国非公立医疗机构协会评价专家申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 学 历 |  | 技术职务 |  | 政治面貌 |  |
| 评价经历 | 是否有医院评价工作经历：是（ ） 否（ ） | 专 业 |  |
| 所在机构及职务 | 省 市 （机构名称） |
| 手 机 |  | 电子信箱 |  |
| 办公电话 |  | 微信号 |  |
| 社会职务 |  |
| 本人主要经历及业绩：本人签名：  |
| 所在单位审核意见 | 中国非公立医疗机构协会审核意见 |
|  （单位公章） 年 月 日 |  （协会公章） 年 月 日 |