附件1：

**国际医疗旅游第二批试点单位申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | | | | | | | |
| **单位地址** |  | | | | | **邮编** | | |  |
| **统一社会信用代码** | |  | | | | | | | |
| **官网网址** |  | | | | **传真** |  | | | |
| **法人代表** |  | | **手机号** |  | | | **邮箱** |  | |
| **联系人** |  | | **手机号** |  | | | **邮箱** |  | |
| **基本情况** | □国有企业 □集团所有制企业 □股份有限公司 □有限责任公司 □股份合作制企业 □合作制企业 □个人独资企业 □中外合资企业 □中外合作经营企业 □外商独资企业 □港、澳、台投资企业 □其他企业 | | | | | | | | |
| 注册资金： 人民币/美元 | | | | | | | | |
| **机构规模** | □ 三级综合 □ 三级专科 □ 二级综合 □ 二级专科  □ 门诊部 □ 第三方独立医疗机构  展开床位 张 | | | | | | | | |
| **单位简介：（可另附页）**  1.单位基本情况介绍：包括机构发展历程、经营状况，医疗机构需提供学科建设、特色亮点。  2.法人及机构无违纪证明。 | | | | | | | | | |
| **其他附加材料：**  1.申请机构营业执照或执业许可证复印件；  2.申请单位法定代表人身份证复印件。 | | | | | | | | | |
| **申报单位意见：**  法人签字：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| **协会意见：**  （盖章）  中国非公立医疗机构协会  年 月 日 | | | | | | | | | |

附件2：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国际医疗旅游试点单位基本情况调查表（医院） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 | 中文、英文 | | | | | | | | | 机构类别 | | □ 医院 | | | | | □ 门诊部 | | | □ 第三方独立医疗机构 | | | | □ 其他 | | | |
| 机构简介 | 简要介绍机构拟开展国际医疗旅游业务合作情况。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作人员  外语水平 | 机构领导 | □ 无障碍 | 比例： | 医生 | | □ 无障碍 | 比例： | 护理 | | | □ 无障碍 | | 比例： | | 医技药剂 | | | □ 无障碍 | 比例： | | | 后勤 | | | □ 无障碍 | 比例： | |
| □ 基本交流 | 比例： | □ 基本交流 | 比例： | □ 基本交流 | | 比例： | | □ 基本交流 | 比例： | | | □ 基本交流 | 比例： | |
| □ 无法交流 | 比例： | □ 无法交流 | 比例： | □ 无法交流 | | 比例： | | □ 无法交流 | 比例： | | | □ 无法交流 | 比例： | |
| 使用语言类别 | □ 英语 | 比例： | 使用语言类别 | | □ 英语 | 比例： | 使用语言类别 | | | □ 英语 | | 比例： | | 使用语言类别 | | | □ 英语 | 比例： | | | 使用语言类别 | | | □ 英语 | 比例： | |
| □ 日语 | 比例： | □ 日语 | 比例： | □ 日语 | | 比例： | | □ 日语 | 比例： | | | □ 日语 | 比例： | |
| □ 德语 | 比例： | □ 德语 | 比例： | □ 德语 | | 比例： | | □ 德语 | 比例： | | | □ 德语 | 比例： | |
| □ 韩语 | 比例： | □ 韩语 | 比例： | □ 韩语 | | 比例： | | □ 韩语 | 比例： | | | □ 韩语 | 比例： | |
| 了解国际或合作国家医疗法律情况 | 机构领导 | □ 完全了解 | | 医生 | | □ 完全了解 | | 护理 | | | □ 完全了解 | | | 医技药剂 | | | | □ 完全了解 | | | | | 后勤保障人员 | | □ 完全了解 | | |
| □ 基本了解 | | □ 基本了解 | | □ 基本了解 | | | □ 基本了解 | | | | | □ 基本了解 | | |
| □ 不了解 | | □ 不了解 | | □ 不了解 | | | □ 不了解 | | | | | □ 不了解 | | |
| 机构重点  专科情况 | □国家级 □省市级 （请详细说明专科特色、技术特色，在国内、国际地位等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 近三年科研  学术情况 | 发表SCI数量： 影响因子：  统计员期刊数量：  获得国际、国家重大课题奖项： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合作海外 医疗机构 | （含港澳台地区）注：已开展及拟开展有合作机构的填写 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合作中介机构 | （含港澳台地区）注：已开展及拟开展有合作机构的填写 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合作海外 专家资源 | （含港澳台地区）注：已开展及拟开展有合作专家资源的填写 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否有独立处理国际医疗纠纷能力 | □ 有 □ 无 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合作法律机构 | （含港澳台地区）注：已开展及拟开展有合作机构的填写 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 期待合作国家、医疗机构 | 国家： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否愿意接受国内、国际联合培训 | □ 愿意 | | | | | | | | □ 不愿意（请说明原因） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否愿意接受国内、国际联合认证 | □ 愿意接受国内认证  □ 愿意接受国际联合认证 | | | | | | | | □ 不愿意（请说明原因） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否愿意参加线下海外游学或交流 | □ 愿意 | | | | | | | | □ 不愿意（请说明原因） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 拟参加  培训项目 | * 语言类 | | | | * 法律类 | | | | * 医疗技术类 | | | | | | | * 医学理论类 | | | | | * 旅游人文类 | | | | | | |
| 拟开展（提升）国际业务项目 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |