附件三

**项目启动研讨会参会人员所在医院基本信息**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | | |
| 医院地址 |  | | | |
| 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（2019） | 在岗职工数： 编制床位数： 实有床位数： 年门诊人次：  年住院人次： | | | |
| 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 | |  |
| 日间手术占择期手术比例 |  | 出院患者手术占比 | |  |
| 出院患者微创  手术占比 |  | 平均住院日 | |  |
| 是否有意愿参与后续中国医院管理实践干预研究？ | | | □是 □否 | |

附件可通过协会官网（www.cnmia.org）资源中心——下载中心下载电子版附件，根据要求填写完成后发送至报名接收邮箱：caoxingze@cnmia.org，标题为“中国医院管理试验研究报名+单位名称”。