武汉大学全球健康研究中心

推进医保支付改革政策与实践融合项目

报名表

医疗机构名称（盖章）：

学员姓名（签名）：

报名日期：

医院负责人签字：

年 月 日

**注意事项**

1. 申请人在填写申请书之前，请仔细阅读以上关于学员和所在医疗机构的要求，并对照本人及本单位的基本条件进行真实准确的填写。
2. 为保证学员参与研修的持续性和完整性，本申请表请征得医院相关负责人签字并加盖公章。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请（报名）单位基本情况** | | | | |
| 医院名称 |  | | | |
| 现行医保支付方式 | □DRG | | | |
| □DIP | | | |
| 医保支付方式改革开始时间 |  | | | |
| 医院国考排名 | 2021: | | | |
| 2022: | | | |
| 复旦医管所排名 | 2021: | | | |
| 2022: | | | |
| **申请（报名）个人基本情况** | | | | |
| 姓名 | 出生年月 | 学历/学位 | 目前职务 | 手机 |
|  |  |  |  |  |
| 目前分管工作 | | 在本医院任职时长 | | |
|  | |  | | |
| **学员个人简历（工作经历，近5年承担的市级或以上的相关课题、发表的相关专业领域的代表性论文，相关会议的讲题或发言）** | | | | |
| **1、既往在哪些机构从事管理工作（本院外的工作经历）（如其他医院，医保卫健等行政机关，高校等）：**  **2、临床（本院）工作经历：**  **3、医保及医院管理相关课题：**  **4、医保及医院管理相关论文/会议报告：** | | | | |