附件：

**体改办医患满意度调查项目**

**承办申请书**

一、基本情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 2020年区属公立医院医患满意度调查项目 | | | |
| 项目申报单位 |  | | | |
| 通讯地址 |  | | 邮政编码 |  |
| 电子信箱 |  | | 传真电话 |  |
| 法定代表人 |  | | 法人代码 |  |
|  | 姓名 | 职务 | 办公电话 | 手机 |
| 负责人 |  |  |  |  |
| 联系人 |  |  |  |  |
| 申请经费（单位：万元） | |  | 计划完成时间 |  |

二、申报单位简介

|  |
| --- |
|  |

三、项目方案

|  |
| --- |
|  |

四、项目执行的难点及处理

|  |
| --- |
|  |

五、项目执行团队人员介绍

|  |
| --- |
|  |

六、列举本单位、调查人员及撰写人员医改领域满意度调查项目经历

|  |
| --- |
|  |

七、项目经费预算

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 经费开支科目 | 金额（元） |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| **合计（单位：万元）** | |  |
| 明细说明 |  | |

八、申报单位承诺

|  |
| --- |
| 我们确认项目申报内容的真实性，并愿意承担相应的责任。  负责人签字： 申报单位公章  年 月 日 |