附件2

2020年北京市老年友善医疗机构申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基础信息 | | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构名称 | |  | | | | | 地址 | | |  | | |
| 负责人姓名 | |  | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 申报医疗机构自评情况 | | | | | | | | | | | | |
| 自评总分 | 友善文化得分 | | | 友善管理得分 | | | | 友善服务得分 | | | 友善环境得分 | |
|  |  | | |  | | | |  | | |  | |
| 工作亮点  （不少于500字） | | |  | | | | | | | | | |
| 工作不足及整改意见  （不少于300字） | | |  | | | | | | | | | |
| 区卫生健康委评价情况 | | | | | | | | | | | | |
| 区级评价总分 | | 友善文化得分 | | | 友善管理得分 | | | | 友善服务得分 | | | 友善环境得分 |
|  | |  | | |  | | | |  | | |  |
| 区卫生健康委意见  （盖章）  年 月 日 | | | | | | 市卫生健康委意见  （盖章）  年 月 日 | | | | | | |