附件4

自治区老年友善医疗机构申报表

申报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗机构基本信息** | | | | | | | | |
| 机构名称 | |  | | | 地址 | |  | |
| 机构类别 | |  | | | 机构等级 | |  | |
| 负责人姓名 | |  | | | 联系电话 | |  | |
| **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 |
|  |  | | |  | |  | |  |
| 工作情况介绍  （包括工作措施、 亮点、工作不足及整改意见等，可另附报告）（不少于800字） | | |  | | | | | |