附件2：

改善服务新闻线索统计表

**填表单位：**

**填表日期：** 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **医疗机构名称** |  |
| **医疗机构地址** |  |
| **信息联系人** |  | **联系电话** |  |
| **媒体报道情况** |  |
| **主要亮点（做法成效等，简要描述）：** |