|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾTHÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập – Tự do – Hạnh phúc** |
| **BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1** |  |
|  | *Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 20* |

**MẪU SỐ 02**

**2**

**BẢNG THUYẾT MINH**

**PHẠM VI ẢNH HƯỞNG CỦA SÁNG KIẾN**

 Kính gửi:

* Hội đồng Xét công nhận sáng kiến cấp thành phố;
* Sở Y tế.
1. **Tên sáng kiến:**
2. **Mô tả tóm tắt nội dung của sáng kiến** (200 – 500 chữ)**: *(lưu ý số chữ theo qui định – Vui lòng xóa dòng hướng dẫn này sau khi hoàn tất)***
* **Bối cảnh dẫn tới sáng kiến:**
* **Nội dung sáng kiến (mô tả kỹ thuật):**
1. **Quyết định công nhận sáng kiến số**:………./QĐ-BVNĐ1 ngày ……………… của Giám đốc bệnh viện Nhi đồng 1.
2. **Đề nghị công nhận phạm vi ảnh hưởng: *(không đánh dấu, để sau này sẽ đánh theo phê duyệt của Hội đồng cấp BV - Vui lòng xóa dòng hướng dẫn này sau khi hoàn tất)***

 🞎 Cấp đơn vị 🞎 Cấp cơ sở 🞎 Cấp thành phố

1. **Tác giả, đồng tác giả**: ***(tại ô % đóng góp của mỗi thành viên cần có chữ kí xác nhận của thành viên đó bên cạnh con số % (tại vị trí đánh dấu ……) - Vui lòng xóa dòng hướng dẫn này sau khi hoàn tất)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Chức vụ/ chức danh** | **Khoa/ phòng** | **Tên đơn vị** | **Tỷ lệ đóng góp tạo ra sáng kiến** |
| 1 | Nguyễn Văn A | Trưởng khoa | Khoa a | BV Nhi đồng 1 | 60% …………. |
| 2 | Nguyễn Văn B | Điều dưỡng | Khoa a | BV Nhi đồng 1 | 40% …………. |
| 3 |  |  |  |  |  |

1. **Các chứng cứ, tài liệu đính kèm để minh họa về phạm vi ảnh hưởng: *(nếu có tài liệu nộp kèm thì liệt kê và nộp kèm mỗi tài liệu 2 bản, nếu không có tài liệu đính kèm thì xóa các số 1., 2. và ghi “không” tại mục này – Vui lòng xóa dòng hướng dẫn này sau khi hoàn tất)***

1. …..

2. ……

1. **Thuyết minh về phạm vi ảnh hưởng** (200 – 500 chữ): ***(lưu ý số chữ theo qui định – Vui lòng xóa dòng hướng dẫn này sau khi hoàn tất)***

|  |  |
| --- | --- |
| **XÁC NHẬN CỦA ĐƠN VỊ****GIÁM ĐỐC****Nguyễn Thanh Hùng** | **NGƯỜI YÊU CẦU CÔNG NHẬN****Nguyễn Văn A** |