潍坊市高新康复医院社会监督员招募公告

为深入贯彻以患者为中心的发展理念，加强医院行业作风建设，进一步提升医院医疗服务水平，提高人民群众就医满意度，营造风清气正的就医环境，潍坊市高新康复医院将面向社会公开招募社会监督员。诚邀关心医疗卫生事业、热心公益、具有社会责任感和正义感的各界人士加入我们的监督队伍，共同推动医院健康发展。

一、招募目的

通过引入外部监督机制，广泛听取社会各界对医院工作的意见和建议，充分发挥社会公众的监督作用，促进医院医德医风建设，推进党风行风廉政建设，提升廉洁从医水平、创新行业监督治理举措，改善服务态度、优化服务流程，持续提高医疗服务质量，保障患者权益，为广大人民群众提供更加优质的医疗服务。

二、聘任范围

1.身体健康，年龄在18-65周岁在我市生活或工作的社会各界人士，能够有一定的时间和精力胜任社会监督员工作。

2.优先考虑党代表、人大代表、政协委员、主管部门、企业代表、社区代表、本院退休职工代表、患者和家属代表、社会贤达等社会各界人士。

3.聘请7位同志组成行风社会监督员小组，社会监督员聘任期限为两年，期满后根据工作需要和本人意愿可续聘。

三、社会监督员条件

1.拥护中国共产党的路线、方针、政策，遵守国家法律法规，具有良好的社会公德和职业道德。

2.热心监督工作，有在我院就诊经历，关心医疗卫生事业，热心社会公益，具有良好的政治素质、较强的社会责任感和正义感。

3.了解医疗卫生行业基本知识和相关政策法规，具备较强的议事、监督能力。

4.能密切联系群众，善于发现问题，听取、收集和反映群众的意见和建议，具有较强的问题分析能力、表达能力和沟通能力。

四、社会监督员职责

1.对医院的医疗质量、服务态度、医德医风、就医环境、患者权益保障等方面进行监督，提出改进意见和建议。

2.及时反映社会各界、患者和家属对医院各方面的意见和建议，切实协助医院解决患者就医过程中遇到的问题、建设好风清气正、医德高尚的行风建设管理。

3.参与医院组织的行风评议、社会监督员座谈会等活动，为医院改进工作提供参考依据。

五、监督形式

1.社会监督员持《社会监督员证》可随时进入医院公共工作场所（有特殊规定的场所除外），开展现场调查、询问和取证工作。医院将为社会监督员提供必要的工作条件和便利，确保其能够顺利开展监督工作。

2.开展调查研究，收集社会各界对医院行风建设和医疗服务的意见、建议和要求，采用书面、电话、电子邮件等形式向聘任部门反馈意见与建议。

3.采取公开监督和走访、观察、就医体验等多种形式，对医院医德医风和医疗服务进行持续监督，并及时向医院反馈意见与建议，监督和督促医院不断提升服务质量，提高患者满意度。

4.社会监督员在履行职责过程中应遵守医院相关规定和保密要求，不得泄露医院机密和患者隐私。

六、社会监督员待遇

1.每年为社会监督员免费体检1次。

2.由医院颁发“潍坊市高新康复医院社会监督员”聘书和证件，每届任期两年。

3.每年从社会监督员中评选优秀社会监督员进行表彰，颁发荣誉证书。

七、报名方法

1.请应聘人员于2024年 10 月10 日17:00前将报名表电子版（扫描件）发送至邮箱gxqrmyydgb@163.com，或持本人有效身份证件到潍坊市高新康复医院行风办报名，逾期不再接受报名。咨询电话：0536—6038663。

2.经医院行风建设管理领导小组研究确定社会监督员人选，社会监督员录取后，由医院颁发聘书，聘期两年，社会监督员收到聘书后开始履行相关职责。

3.潍坊市高新康复医院承诺对报名人员所提供的信息保密，审核未通过者不再另行通知。

诚挚地期待您的加入！让我们携手共进，为提升医疗服务质量、保障患者权益、构建和谐医患关系贡献智慧和力量！

潍坊市高新康复医院

2024年8月23日

附件：潍坊市高新康复医院社会监督员登记表

附件：

潍坊市高新康复医院社会监督员登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | （照片） |
| 政治面貌 | |  | 文化程度 |  | 联系方式 |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | |
| 工作单位及职务 |  | | | | | | | | |
| 简要工作经历： | | | | | | | | | |
| 受聘（或曾经受聘）为其他部门（单位）社会监督员情况：  （ ）无 （ ）有  受聘单位（部门）：  受聘时限： | | | | | | | | | |
| 担任其他社会职务情况： | | | | | | | | | |
| 自愿受聘为社会监督员  （ ）是 （ ）否  申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 所在单位意见：    单位盖章：  年 月 日 | | | | | | 医院审查意见：    单位盖章：  年 月 日 | | | |