|  |  |
| --- | --- |
| ТФ-1 | УТВЕРЖДАЮ: |
|  | Директор департамента здравоохранения и фармации  Ярославской области Р.Р.Саитгареев  « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. |

**Дорожная карта проекта**

**«Название проекта»**

**ГУЗ ЯО Название медицинской организации**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Мероприятия/плановые сроки реализации | 01.10-  07.10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Подготовка к внедрению проекта |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Обучение членов рабочей группы и персонала методам и инструментам бережливого производства |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Составление планов |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Реализация мероприятий по проекту |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Мониторинг реализации мероприятий по проекту |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Отчет |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Подпись руководителя проекта и контакты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО) (Контакты: Тел, E-mail)