附件5

陕西省限制类医疗技术临床应用

规范化培训基地备案表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | |
| 医疗机构类别 |  | 医疗机构级别 |  |
| 拟承担培训  的技术名称 |  | | |
| 近3年开展该  技术例数 | 年 | 年 | 年 |
| 例 | 例 | 例 |
| 近 3 年开展该技术临床应用的医疗质量和医疗安全情况 |  | | |
| 开展该技术培训所具备的软件、硬件条件 |  | | |
| 培训方案、培训师资、课程设置、考核方案等 |  | | |

注：1.此表可自行增页或增加附件，材料装订成册，加盖医疗机构公章；

1. 另需提供《医疗机构执业许可证副本》复印件。