**附件1**

**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 | 西安交通大学第二附属医院 | | | |
| 执业地址 | 陕西省西安市新城区西五路157号 | | | |
| 机构类别 | 综合医院 | | 机构等级 | 三级甲等 |
| 医务部门负责人 | 同艳妮 | 联系电话 | | 15229059165 |
| 技术项目负责人 |  | 联系电话 | |  |
| 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简要情况 |  | | | |
| 自我评估简要情况 | （应包含以下方面：对照技术规范，与备案培训基地相关的医疗机构设备、设施、技术等软硬件条件是否相符，是否满足《陕西省医疗技术临床应用管理办法实施细则》和本通知对培训基地建设管理工作要求，是否满足培训师资条件等。） | | | |
| 培训方案、课程设置、考核方案等简要情况 |  | | | |
| 医疗机构意见 | 同意□ 不同意□  院长签字：  单位公章  年 月 日 | | | |

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；

2.医疗机构承诺所提供的申报材料真实有效，对因提供信息资料、证件证明虚假不实，或违反相关法律法规所造成的后果，由医疗机构承担。