**附件2**

**陕西省限制类医疗技术临床应用**

**规范化培训基地自我评估报告**

**医疗机构：西安交通大学第二附属医院**

**培训技术类别：省级/国家级\_\_\_**

**培训技术名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **培训基地简介**
2. **培训技术名称和二级技术目录**
3. **开展该技术培训所具备的硬件条件**

**四、开展该技术培训所具备的软件条件**

**（**包括但不限于团队成员、技术水平、管理制度等**）**