附件3

**外科基础技能提升项目**

**2024年度“领航”培训基地申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | |
| 科室 | 覆盖医疗机构数量 | 培训学员完成整体培训课程的人员数量 | 培训开班数量 |
| 普外 |  |  |  |
| 骨科 |  |  |  |
| 产科 |  |  |  |
| 心外 |  |  |  |
| 神外 |  |  |  |
| 其他 |  |  |  |
| 总计 |  |  |  |
| 培训基地负责人意见  （签字） | 承诺以上信息真实有效，签字：  年 月 日 | | |
| 医疗机构审核意见  （签字并加盖医院公章） | 签字：  年 月 日 | | |

填表说明：

1.所填报的信息应当真实有效。

2.培训基地负责人应为外科基础技能培训基地单位负责人。

3.加盖公章应当为医疗机构公章或其主管行政教学部门章。