**临床技能培训中心场地使用申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请科室** |  | | | | | **所属专业** | |  | |
| **科室负责人** |  | | | **科室联络人** |  | | **联系电话** | |  |
| **申请事由说明** | **活动名称** | |  | | | | | | |
| **活动类型** | | **□ 培训 □ 考核 ☑ 其他**（请注明） | | | | | | |
| **活动级别** | | **□ 国家级 □ 省部级 □**  **院级 □ 专业基地 □ 科室** | | | | | | |
| **参加对象及人数** | | **□ 实习医生 人 □ 住院医师 人 □ 带教师资 人**  **□ 进修医生 人 □ 其他**（请注明） | | | | | | |
| **使用时间** | **年 月 日 时 分— 年 月 日 时 分** | | | | | | | | |
| **使用需求** | **房间** | **申请使用房间数 间**  **请详细说明各房间使用需求（如面积、功能等）：** | | | | | | | |
| **模型设备** | **是否需要模型设备**  **□ 否 □ 是**  **如需要，请写明模型设备名称及数量：** | | | | | | | |
| **相关物品** | **是否需要物品、耗材等**  **□ 否 □ 是**  **如需要，请写明物品名称、型号及数量：** | | | | | | | |
| **申请人**  **签名** | **科室负责人**（签章）**： 联络人**（签章）：  **日期： 年 月 日** | | | | | | | | |
| **临床技能培训中心意见** | **主任**（签章）**： 日期： 年 月 日** | | | | | | | | |