**临床技能培训中心模型设备借用申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **借用科室** |  | **科室负责人** |  |
| **借用人姓名** |  | **联系电话** |  |
| **借用模型、设备名称** | **数量** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **借用事由** |  |
| **培训对象** | **□实习医生 □规培学员 □带教师资 □进修医生** **□其他**（请注明） |
| **使用地点** |  |
| **预计借用时间** |  **年 月 日 时 分— 年 月 日 时 分** |
| **借用****审核意见** | **科室负责人**（签名） | **临床技能培训中心审核人**（签名）  |
| **设备状态****（中心填写）** | **出借时设备是否完好 □是 □否****备注：** |
| **出借核对****签字** | **出借人**（签名） **借用人**（签名）**出借时间： 年 月 日 时 分** |
| **以下内容归还时填写** |
| **设备归还状态****（中心填写）** | **与出借时比较，设备新增损坏 □无 □有****备注：** |
| **归还核对****签字** | **接收人**（签名） **归还人**（签名）**归还时间： 年 月 日 时 分** |

**临床技能培训中心**