**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**