附件5

辽宁省卫生健康适宜技术培训申请表（样表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 工作单位 |  | | | 照 片 |
| 出生年月 | |  | 所在科室 |  | | |
| 职务/职称 | |  | | 学历/学位 |  | | |
| 从事专业  及年限 | |  | 联系电话 |  | 邮箱地址 |  | |
| 申请操作 | | 中央静脉穿刺置管 | | | | | |
| 有无基础 | 无 | 🞎从未接触过 🞎接触过但未应用过 | | | | | |
| 有 | 中央静脉穿刺置管应用患者数量：锁骨下静脉置管 例，颈内静脉置管 例，股静脉置管 例。 | | | | | |
| 学习形式 | | 🞎 全脱产 🞎 半脱产 | | | | | |
| 学习时间 | | 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | |
| 学习目的 | |  | | | | | |
| 学习形式 | | 🞎 全脱产 🞎 半脱产 | | | | | |
| 派出单位意见:  负责人（签字）： 公 章  年 月 日 | | | | | | | |

注：表格中阴影内容根据实际情况调整。