

外来器械技术人员准入审核表

| | | | | | | |
|--------------|-----------------|-----------------|--|---------|--|--|
| 姓 名 | | 性 别 | | 年 龄 | | |
| 联系电话 | | | | | | |
| 身份证号码 | | | | | | |
| 单位名称 | | 单位地址及经 营许可证号 | | | | |
| 毕业学校 | | | | 毕业证书编号 | | |
| 专业技术 资格名称 | | | | 资格证书编号 | | |
| 主管姓名 | | | | 主管联系电话 | | |
| 单 位 意 见 | 单位盖章： 年 月 日 | | | | | |
| 医院采购 中心审核 | 部门盖章： 年 月 日 | | | | | |
| 手术室 考 核 | 笔试成绩： | | | 操作考试成绩： | | |
| | 负责人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 医务部 审核意见 | 部门盖章： 年 月 日 | | | | | |