附件3：

2022年下半年限制性医疗技术临床应用能力申报备案情况汇总表

填报单位（盖章）： 填表人： 联系电话： 填表时间：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位 | 医疗技术名称 | 备案情况 | 开展此项技术医师名单 | 备案时间 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**填表说明：**

1、若为新增加开展技术：备案情况填写“未备案”；备案时间无需填写。2、若为新增加开展技术（已备案）人员：备案情况填写“已备案”；开展此项技术医师名单填写新增加人员，格式为“新增：…………”；备案时间填写首次备案该技术的时间。