**附件4**

**云南省限制类医疗技术临床应用备案表**

医疗机构名称（盖章）： 医疗机构类别： 级别: 备案申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗技术名称 | 所在科室 | 人员情况 | 仪器设备情况 | 场所情况 |
| 姓名 | 执业类别 | 执业范围 | 专业 | 职称 | 名称 | 型号 | 台数 | 名称 | 面积 | 卫生标准 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话：