**南昌大学第一附属医院手术操作授权申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 申请人所在科室 |  |
| 申请授权项目： 手术□ 申请授权等级：  腔镜 □授权项目名称及级别：  介入 □授权项目名称及级别：  麻醉 □授权项目名称及级别：  其他 □授权项目名称及级别： | | | |
| 专业技术职称及受聘时间 |  | 从事相应专业技术岗位时间 |  |
| 三年内有无医疗事故 |  | 一年内有无重大医疗差错 |  |
| 专业技术水平自我评价：  申请人姓名： 年 月 日 | | | |
| 科室考评意见：(申请人所填项目是否属实、能力评价及意见)  负责人签名： 年 月 日 | | | |
| 医务科意见：  负责人签名： 年 月 日 | | | |
| 医疗质量与安全委员会审核意见：  年 月 日 | | | |