**附件3：**

**全国县级医院腹腔镜手术培训基层医院调查表**

|  |  |
| --- | --- |
| 医院名称 |  |
| 医院院长 |  | 联系方式 |  |
|  科负责人 |  | 联系方式 |  |
| 医院/继教负责人 |  | 联系方式 |  |
|  科业务开展情况 | 腹腔镜手术类别及开展情况 | 类别1 |  |
| 类别2 |  |
| 类别3 |  |
| 类别4 |  |
| 类别5 |  |
| 类别6 |  |
| 科室介绍 |  |

填表人： 填表时间： 年 月 日

注：此表由参加全国县级医院腹腔镜手术培训的学员填写，并加盖医院的公章，交给培训基地负责人，由基地负责人统一提交至中华国际医学交流基金会项目办公室备案。