中山大学临床技能中心物品借用申请表

（含模型，不含耗材类）

**说明：**

1. **高端模拟人为编制有情景病例进行教学或考核的科室使用，并拟对情景教学及仿真模拟教学师资进行准入。如需使用高端模拟人，请提前两周进行预约，并且提供全套案例供中心审批。**

**2.中心仅提供本中心现有物品（耗材类不外借），如超出范围，请各自准备。**

**3.请先电话沟通时间，并提前一周提交借用申请表。**

**4.中心联系人 ：朱老师，电话：13728015081,020-87333241**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位** | | | |  | | | | | | **部门** | | |  | | | | |
| **联系人** | | | |  | | | | | | **电话** | | |  | | | | |
| **用途** | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **拟借用物品清单（含模型，不含耗材类）** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **物品名** | | | | **厂家** | | **借用数量** | | | | **序号** | **物品名** | | | | **厂家** | **借用数量** |
|  |  | | | |  | |  | | | |  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  | |  | | | |  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  | |  | | | |  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  | |  | | | |  |  | | | |  |  |
| **拟借用日期** | | | | **年 月 日** | | | | | **拟归还时间** | | | | | **年 月 日** | | | |
| **申请科室/项目负责人意见及签名** | | | | | | **负责人签名：**  **日期： 年 月 日** | | | | | | | | | | | |
| **中心意见** | | | | | | **同意（ ）协调（ ）其他（ ）**  **经手人：**  **日期： 年 月 日** | | | | | | | | | | | |
| **归还时物品检查清单** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **物品是否**  **全部归还** | | | **是（ ）**  **否（ ）** | | | | | | **物品是否**  **有损害或需要维修** | | | | | | **是（ ）**  **否（ ）** | | |
| **（如有是，请中心人员做好说明）** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **归还时间** | | **年 月 日** | | | | | | **归还人/中心经手人签名** | | | | | | | |  | |