

附件 3

无创阑尾炎诊疗中心申请表

医院名称		医院级别		法定代表人	
申请人基本情况	姓名		科室		职称
	职务		联系方式		电子邮箱
学科设置	独立内镜室 <input type="checkbox"/> 消化内科 <input type="checkbox"/> 消化内科（兼管内镜室） <input type="checkbox"/> 其他科室 <input type="checkbox"/>				
基础设备	胃肠镜设备 <input type="checkbox"/> X 线设备或 DSA C 臂设备 <input type="checkbox"/> 腹部超声 <input type="checkbox"/>				
基本技术	是否开展 ERCP 治疗			是否开展肠镜治疗	
	肠镜治疗开展技术	息肉切除 <input type="checkbox"/> 黏膜剥离术（ESD） <input type="checkbox"/>		黏膜切除（EMR） <input type="checkbox"/> 消化道支架 <input type="checkbox"/>	
ERAT 技术学习主要人员构成	姓名	职务	联系方式	职称	电子邮箱
单位意见： <p style="text-align: right;"> 单位盖章 年 月 日 </p>					