附件1

**人工智能辅助治疗技术临床应用规范化培训**

**培训申请报名表（主刀）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | |  | | **性别** |  | **出生**  **年月** | **yyyy.mm** | **照片** |
| **民族** | |  | | **最高**  **学历** |  | **最高**  **学位** |  |
| **身份证号码** | | |  | | | **联系**  **电话** |  |
| **职称/职务** | | |  | | | **E-mail** |  | |
| **工作单位** | | |  | | | **科室** |  | |
| **从事专业** | | |  | | **从事该专业**  **工作时间** | |  | |
| **助手姓名** | | |  | | **身份证号码** | |  | |
| **申请培训类型**  **（勾选其中一项）** | | | **1.全程培训□** | | **2.临床培训+考核□** | | **3.单纯临床考核□** | |
| **工**  **作**  **经**  **历** | **起 止 年 月** | | | | **教 育 /工 作 单 位** | | | |
| **本人确保所提供的资料均为本人真实情况，符合报考要求。**  **申请人签名： 年 月 日** | | | | | | | |
| **选送单位医务主管部门意见：**      **负责人签名： 公 章:**  **年 月 日** | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

说明：请在电脑上填写本申请表（所有项目必填），黑色墨水手写签名、日期，并加盖医务主管部门公章。

**填 表 须 知**

根据《国家限制类技术临床应用管理规范（2022年版）》相关规定，凡申请到我中心报考的人员，主刀医师需同时满足以下要求：

1.遵守中华人民共和国宪法和法律，道德品行良好，身心健康；

2.只接受已开展或即将开展人工智能诊疗技术的医疗机构的相关专业技术人员

3.工作年限及经验：具有 10 年以上三级甲等医院相关专业临床诊疗工作经验，熟练掌握本专业开放手术或微创手术技术。

4.资格要求：取得《医师执业证书》，执业范围为外科专业或妇产科专业。

5. 职称要求：需有副主任医师及以上专业技术职务任职资格。

6.其它要求：能够积极配合完成培训计划，有支持后续开展机器人手术的条件，申请单纯临床实践考核的主刀及助手必须已取得达芬奇机器人操控证。

7.人工智能辅助治疗技术临床应用规范化培训专家委员会对所接收的培训学员条件有最终解释权。

8.自2025年4月1日起，统一使用该报名表提交报名，原有报名表格作废。