**附件1：宫腔直视人工流产手术培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 专业 |  |
| 工作单位 |  | | | 所在科室 |  |
| 职称 |  | 联系电话 |  | | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 单位首次开展宫腔直视人工流产手术的时间：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月 | | | | | |
| 累计开展宫腔直视人工流产手术量：\_\_\_\_\_\_ 例 | | | | | |
| 单位最近1年开展负压吸宫流产手术量： \_\_例， 其中高危人流数量：\_\_\_\_\_\_ 例；药物流产量： 例 | | | | | |
| 单位每月大约开展宫腔直视人工流产手术量： 例 | | | | | |