医疗设备使用培训考核记录表

科室：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 |  | 规格型号 |  | 生产厂家 |  |
| 培训时间 |  | 培训地点 |  | 培训工程师 |  |
| 主要培训内容： | | | | | |
| 参加人员签名：  科主任（护士长）签字 ： | | | | | |
| 培训考核情况：  厂家工程师： 医工办工程师： | | | | | |
| 培训PPT保存者： | | | | | |
| 备注 | | | | | |

注：未参加培训人员不得操作该设备。