附件

                    医院机构培训结果统计表

填报单位名称： 联系电话： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **培训内容** | **主讲人** | **医疗机构工作人数（包括后勤、保洁） 接受培训人数   培训合格人数** | **接受培训人数** | **培训合格人数** |
| 1 | 院感防控 |  |  |  |  |
| 2 | 穿脱防护服 |  |  |  |  |
| 3 | 核酸采样 |  |  |  |  |
| 4 | 新冠病毒抗原检测 |  |  |  |  |
| 5 | 新冠肺炎诊疗方案  （试行第九版） |  |  |  |  |