**泗阳医院需求申请单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **系统名称** | 手麻系统 | **提交科室** | 麻醉科 |
| **需求提出日期** | 2023年11月20日 | **信息科签字** |  |
| **需求****描述****︵****可****附****表****︶** | **需求序号** | **需求描述** |
| 1 | 处方单时间默认为空。 |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
|  | 6 |  |
|  | 7 |  |
|  | 8 |  |
|  | 9 |  |
| **需求****沟通****意见** |  |
| **需求****处理****结果** | **完成情况** |  |
| **发布人** |  | **发布时间** |  |
| **提交科室负责人确认签字** |  | **确认日期** |  |

