**附件一**

**广东省社区与公共卫生专科护士**

**临床实践培训基地**

**申 请 书**

申请专业 ：

申请单位 ：（盖章）

申请日期 ：

联系人：

联系电话：

广东省护理学会

填 表 说 明

一、申请人要实事求是，认真填写申请书各项内容。表达要明确、严谨，字迹要清晰易辨。经审查，若填写内容不真实，则取消申请资格。

二、“培训基地负责人”指申报本专科的带头人。

三、递交申请书时，请使用A4纸打印，一式两份，签名并加盖医院公章。

四、表中填写的资料项目，可加附件补充。

|  |
| --- |
| **一、基本情况** |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 邮政编码 |  | 联系邮箱 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| **所属上级医院性质（在符合的项目框内打“√”）** |
| 上级医院类型 | □综合医院 | □专科医院 | □教学医院 | □其他 |
| 上级医院级别 | □三甲 | □三乙 | □其他 |  |
| **科室人员结构**（※提供证明） |
| 医生 | 护士 | 技师 | 其他（文员等） | 总人数 |
|  |  |  |   |  |
| **护理人员结构**（※提供证明） |
| 姓名 | 年龄 | 职称 | 学历 | 是否为专科护士 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **科室门诊量**（※提供证明） |
| 年度 | 诊疗量（人次/年） | 家庭病床（人次/年） | 专家下社康门诊量（人次/年） |
| 2023年 |  |  |  |
| 2022年 |  |  |  |
| **专科团队** |
| **专家下社康：**□无 □有， 专科，出诊频次： 次/周； **专家下社康：**□无 □有， 专科，出诊频次： 次/周；  (※提供证书） |
| **三、科室设备及场所** |
| **计免接种室:** □无 □有  总面积 平方米  (※提供相片证明） |
| **换药室:** □无 □有  总面积 平方米(※提供相片证明） |
| **康复设备（如产后康复、肢体康复设备）：**□无 □有  包括： □盆底肌/腹直肌治疗仪 □康复室 □ 脑卒中后康复 □ 认知功能训练 □其他： (※提供相片证明） |
| **四、师资及教学力量** |
| **慢性病专业专科护士：**□无 □有 人数 人； 专业（例如糖尿病）：  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书）**伤口专科护士：**□无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书）**康复专科护士：**□无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书）**母婴喂养专科护士：**□无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书）**老年护理专科护士：**□无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书）**社区与公共健康专科护士：**□无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书）**个案管理师：**□无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书）**安宁疗护专科护士：**□无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书） **专科护士：**□无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书） **专科护士：**□无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书） **专科护士：**□无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书）**学会任职：** □无  □有 人数 人 ； 职务  □国家级 □省级 □市级 □区级 (※提供证书） |
| **五、培训基地负责人情况** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学历/学位 |  | 职称 |  | 科室/职务 |   |
| 护理专科 |  | 本专业工作年限 |  | 专长 |  |
| 何时何地接受专科培训 |  |
| 联系方式 | Email: | 联系电话: |
| （一）学术团体、专业杂志任职情况： |
| （二）教学及科研学术工作（承担教学任务、项目、获奖成果、专利、发表论著等）： |
| （三）承担教学工作的经历： |
| **六、申请单位意见：** 负责人： （ 公 章 ） 年 月 日   |
| **七、评价专家组意见** 组长签名：年 月 日 |
| **八、广东省护理学会意见：** （ 公 章 ）  年 月 日 |

**附件二**

**广东省社区与公共卫生专科护士**

**临床实践带教老师推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 贴相片 |
| 文化程度 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 最高学历/学位 |  | 外语水平 |  |
| 护 龄 |  | 本专科工作年限 |  |
| 工作单位 |  |
| 单位地址 |  |
| 邮箱地址 |  | 邮政编码 |  |
| 办公电话 |  | 联系电话 |  |
| 学习简历（从高中填起，含学位、培训、进修情况） | 起始时间 | 毕业或培训院校 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 工作简历 | 起始时间 | 工作单位及专业经历 | 职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 专业特长 |  |
| 学术团体任职情况 |  |
| 近5年主要著作和论文、科研立项、科研成果、专利 |  |
| 单位意见公章：年 月 日 | 学会意见公章：年 月 日 |

备注：

1、专科培训经历指>3个月的脱产学习，专业工作经历时间应>6个月

2、专业任职包括省/市学术团体、医院