**附件1**

**广东省中西医结合肿瘤专科护士**

**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 |  | 传 真 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| **医院性质（在符合的项目框内打“√”）** |
| 医院类型 | □综合医院 | □专科医院 | □教学医院 | □其他 |
| 医院级别 | □三甲 | □三乙 | □其他 |  |
| 肿瘤科/肿瘤中心 □无 □有 床位数 张  |
| **肿瘤科/肿瘤中心床位数及床护比**（※提供证明） |
| 年度 | 编制病床（张） | 开放病床（张） | 护士（人） | 床护比 |
| 2020年 |  |  |   |  |
|  2021年 |   |   |   |   |
|  2022年 |   |   |   |   |
| **专科资质**（※提供证明） |
| 年度 | 开展中医护理技术项目（项） | 住院病人开展中医护理技术病例数（%） |
| 全院 | 肿瘤科/肿瘤中心 | 全院 | 肿瘤科/肿瘤中心 |
| 2020年 |  |  |  |  |
| 2021年 |  |  |  |  |
| 2022年 |  |  |  |  |
| **1.省级以上重点专科： 个，重点专科 个****2.科室业务范围、收治病种及诊疗活动满足中西医结合肿瘤护理专科护士培训所需：** □是 □否1. **中西医结合肿瘤护理相关业务技术开展：**

 □中医护理方案/护理常规 □中医护理查房/疑难病历讨论 □中医护理会诊 □中医个案护理 □中医健康教育1. **中西医结合肿瘤护理相关门诊：**

□无 □有： 年开始；开放时间： 次/周；出诊人员： 人1. **制定中西医结合肿瘤护理质量评价标准，并定期分析改进：**

□是 □否1. **组织管理与制度建设:**

 □成立中西医结合肿瘤护理小组或团队□人员培训计划及措施□专科工作计划及总结 |
| **二、教学设施及专科设备** |
| **护士培训场所：**□无 □有（总面积 平方米）用途：□用于理论培训 □用于专科技能训练**健康教育场所:** □无 □有（总面积 平方米） 用途：□专用于患者健康教育 □可用于患者健康教育或其它 |
| **多媒体教学设备:** □无 □有 　**中西医结合肿瘤护理教学工具（具有中医护理服务项目所需设备、仪器及诊疗条件）:**□无 □有 　 (※提供相片证明）  |
| **图书馆：** □无 □有**数字图书馆：** □无 □有 检索国内外文献 □可 □否 **专业杂志：** □无 □有 期刊种类 （种）　　其他：  |
| **三、师资及教学力量** |
| **师资力量：** 研究生导师：□无 □有（ 名）学历：研究生 名 本科 名 职称：高级 名 中级 名 初级 名**中西医结合肿瘤护理专委会学术任职：**□主任委员 □副主任委员（ 名） □常委（ 名） □委员（ 名）  (※提供证书） |
| **近3年承担本科、专科实习护生人数：**□无 □有： 人 **授课任务:**  □无 □有　 **近3年接收下级医院进修护士：** □无 □有（人数 ，医院级别 ） 进修带教计划及考核：□无 □有　　 (※提供近3年培训和培养下级单位进修护士证明） |
| **完成继续教育项目** 2020年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级 2021年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级 2022年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级  (※提供办班证明或相片）　　 |
| **四、培训基地负责人（医院指定）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（近5年承担教学任务、项目、获奖成果、专利、发表论著等）： |
| （三）承担教学工作的经历： |
| **五、申请单位意见：** 负责人： （ 公 章 ） 年 月 日   |
| **六、评价专家组意见** 组长签名：年 月 日 |
| **七、广东省护理学会意见：** （ 公 章 ）  年 月 日 |