附件1

**广东省全科护理专科护士**

**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 | ☐教学医院 | ☐其他 |  |
| 医院级别 | ☐三甲 | ☐其他 |  |  |
|  **临床业务量**（※提供证明材料，至少提供2022年数据） |
| 年度 | 门诊量（人次/年） | 急诊量（人次/年） | 出院病人数（人次/年） |
| 全院 | 全科基地 | 全院 | 全科基地 | 全院 | 全科基地 |
| 2020年 |  |  |  |  |  |  |
| 2021年 |  |  |  |  |  |  |
| 2022年 |  |  |  |  |  |  |
| **二、专科设置**（※提供证明材料） |
| 1.全科独立设置，门诊诊间数≥2间，其中一间为全科教学门诊，全科床位数≥30张，有独立的示教室。 ☐无☐有2.培训基地配备危重症救治的设备：抢救车、监护仪、除颤仪、心电图机、输液泵、注射泵、吸痰机、喉镜、营养泵等。全科诊间配备检查床、血压计、便携式血糖仪、检眼镜、检耳镜等设备。 ☐无☐有3.培训基地全科收治疾病种类多样，每年收治的患者病种≥10种，具有独立处理常见疾病的能力。 ☐无☐有 |
| **三、专科教学条件及师资配备要求**（※提供相片证明） |
| 1. **基地教学条件**
2. 教室设置与教学设备
* 教室及设施能满足培训需求有容纳100人： ☐有☐无
* 面积大于100平方米的教室： ☐有☐无
* 有容纳200人，面积大于500平方米的临床技能培训中心： ☐有☐无
1. 图书馆服务种类和数量能满足培训需求，有信息网络系统： ☐有☐无
2. 有供专科护士查阅病例、检索文献的电脑系统及指引： ☐有☐无
 |
| **2. 基地教学师资情况**1. 拥有省级专科护士 名，省级及以上专科护士共 名
2. 团队内具有中级专业技术职称人数 名，中级以上专业技术职称人数 名，

中级及以上护士占科室护士总数的 %1. 广东省护理学会全科护理专业委员会任职（必备条件）： 人数
 |
| 1. **基地带头人**
2. 本科及以上学历： ☐是☐否
3. 副主任护师及以上职称：☐是☐否
4. 广东省护理学会全科护理专业委员会常委及以上：☐是☐否
5. 从事护理临床教学10年及以上，有较好的临床教学经验及授课能力： ☐是☐否
6. 有主持或参与科研课题1项及以上：☐是☐否
7. 发表护理专业统计源期刊及以上学术论文3篇及以上：☐是☐否
 |
| 1. **基地带教老师**（※提供推荐表，见附件2）
2. 大专学历、主管护师及以上职称，5年及以上临床工作经验；或本科学历、护师及以上职称，3年以上临床工作经验；或研究生学历（含在读）、3年及以上临床工作经验；或已经获得省级或国家级专科护士培训合格证书；
3. 2年以上临床带教经验；
4. 有一定的科研能力，在本专业领域已发表学术论文或综述1篇及以上；

**※满足1）-3）的基地带教老师有 名**  |
| 1. **基地理论课师资**（※提供人员名单）
2. 必须有3年及以上理论授课经验；
3. 护理师资原则上本科及以上学历、中级及以上职称，或取得省级及以上专科护士培训合格证书者；
4. 医疗师资原则上硕士及以上学历、副高及以上职称。

**※满足1）-3）的基地理论课师资有 名。** |
| **四、科研著作**（※提供相关证明材料） |
| 1. 近3年发表的学术论文：篇，核心期刊 篇；SCI收录 篇
2. 近3年获得基金立项：院校级 项；市级 项；省级 项；国家级 项
3. 获得专利： 项（前三名可计算）
4. 主编或参编教材著作本
 |
| **五、培训与组织管理**（※提供相关证明材料） |
| 1. **机构设置**
2. 有专人负责专科护士培训工作：☐有 ☐无
3. 设立护理教研室，有专科护士培训管理职能部门：☐有 ☐无
4. 各级培训管理部门岗位职责明确并规范职责成文：☐有 ☐无
 |
| 1. **规章制度**
2. 根据上级文件要求结合本院实际制定的专科护士培训相关制度： ☐有 ☐无
3. 有院内专科护士培训相关的考核评价、检查、监督管理办法： ☐有 ☐无
 |
| **六、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 | 邮箱: | 联系电话: |
| （一）专科基地组织保障、技术力量、临床实践状况 |
| （二）学术团体、专业杂志任职情况：（※提供相关证明材料） |
| （三）承担教学工作的经历： |
| **七、申请单位意见：**负责人： （ 公 章 ） 年 月 日  |
| **八、评价专家组意见**组长签名：年 月 日 |
| **九、广东省护理学会意见：** （ 公 章 ） 年 月 日 |

广东省护理学会

2023年5月22日