附件1：

**广东省护理质量与安全分析师临床实践培训基地**

**申请书**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请专业： |  |
| 申请单位： |  |
| 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 | □二甲 | □其他 |  |
| 临床护理为重点专科 □否 □是 □国家级 □省级护理教研室 □无 □有 护理教学专职人员\_\_\_\_\_\_\_人  |
| **医院床护比**（※提供证明） |
| 年度 | 开放床位数 | 护士人数 | 床护比 | 病房护士数 | 病房床护比 |
| 2020年 |  |  |  |  |  |
| 2021年 |  |  |  |  |  |
| 2022年 |  |  |  |  |  |
| **在岗护士情况**（※提供证明） |
| 年度 | 在岗护士人数 | 护士长人数 | 护士长本科及以上学历人数 | 本科及以上学历护士长占比 |
| 2020年 |  |  |  |  |
| 2021年 |  |  |  |  |
| 2022年 |  |  |  |  |
| **不良事件上报例数**（※提供证明） |
| 年度 | 2018年 | 2019年 | 2020年 | 2021年 | 2022年 | 合计 |
| 例数 |  |  |  |  |  |  |
| **近5年开展质量改善项目数量**（※提供证明） |
| **开展项目类型：**□PDCA □FOUCS PDCA □QCC □RCA □FMEA □其他： |
| 年度 | 2018年 | 2019年 | 2020年 | 2021年 | 2022年 | 合计 |
| 开展项目数 |  |  |  |  |  |  |
| **近5年护理质量改善项目在省级及以上行政主管部门或行业学会获奖情况**（※提供证明） |
| **二、教学设施及设备条件** |
| **护士培训场所:** □无□有：总面积 平方米  用途：□用于护士理论培训 □用于护士专科技能训练**多媒体教学设备:** □无 □有  包括：□多媒体计算机 □投影机 □数字视频展示台 □中央控制系统 □投影屏幕 □音响设备**不良事件数据上报信息支持系统：**□无 □有  |
| **图书馆：** □无 □有**数字图书馆：** □无 □有 **检索国内外文献：** □可 □否 **护理专业藏书：** □无 □有**护理专业杂志：** □无 □有 |
| **三、师资及教学力量** |
| **硕士研究生导师：**□无 □有 人数 \_人；**已毕业研究生人数：**□无 □有 人数\_\_人；**副高及以上职称：**□无 □有 人数\_\_\_\_人； **专科护士培训基地：**□无 □有 数量\_\_个； □国家级\_\_个； □省级\_\_\_个**专科基地名称：**(※提供证明) |
| **近3年接收下级医院进修护士：**□无 □有；人数: 人 **近3年,承担本科、专科实习护生人数：**□无 □有；人数: 人 **近3年,承担专科护士带教人数：**□无 □有；人数: 人 **申请并完成继续教育项目** □无 □有 □国家级 □省级 □市级 □区级 (※提供证明)　 |
|  **科研能力**近5年来发表的学术论著： 篇；核心期刊 篇；SCI收录 篇近5年获得的基金资助: 项近5年承担市级及以上课题: 项近5年获得的专利: 项近5年参编相关著作: 项（※以网上查询为准）  |
| **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 |  | 联系电话: |
| 1. 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： |
| **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 |