**附件一**

**广东省放疗护理专科护士**

**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 | □专科医院 | □教学医院 | □其他 |
| 医院级别 | □三甲 | □三乙 | □其他 |  |
| 放疗科 □无 □有  |
| **放疗科床位数及床护比**（※提供证明） |
| 年度 | 编制病床（张） | 开放病床（张） | 护士（人） | 床护比 |
| 2021年 |  |  |   |  |
|  2022年 |   |   |   |   |
|  2023年 |   |   |   |   |
| **放疗科业务量**（※提供证明） |
| 年度 | 门诊量（人次/年） | 出院病人（人次/年） |
| 全院 | 放疗科 | 全院 | 放疗科 |
| 2021年 |  |  |  |  |
| 2022年 |  |  |  |  |
| 2023年 |  |  |  |  |
| **二、放疗专科规模** |
| **放射治疗收治规模**（※提供证明） |
| 年度 | 总放疗人次（人次/年） | 体外照射放疗人次（人次/年） | 近距离放疗人次（人次/年） |
| 2021年 |  |  |  |
| 2022年 |  |  |  |
| 2023年 |  |  |  |
| **开展放射治疗的病种（按收治数量罗列前6种疾病）：** |
|  |
| **放射治疗设备** (※提供相片证明） |
| **CT模拟定位机：** □无 □有 **直线加速器数量:** 台 **后装治疗机:** □无 □有 **放疗中心总面积**： 平方米  |
| **三、专科设备及场所** |
| **教育场所：** □无 □有□专用 □不专用 教育场所面积 平方米**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**图书馆：** □无 □有**数字图书馆：** □无 □有 检索国内外文献 □可 □否 **专业藏书：** □无 □有其他：  |
| **四、师资及教学力量** |
| **人才配备：**放疗科本科及以上学历护士占护士总数 %；放疗科研究生及以上学历护士总数 人；放疗科护师及以上护士总数 人；放疗科副主任护师及以上护士总数 人；**基地临床带教老师：**护理教学**核心团队成员**人数 人，其中：研究生及以上学历 人，本科学历 人；主管护师人数 人；副主任护师及以上 人；专科护士人数 人**放疗相关专科护士：**□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：**  (※提供证书）□无 □有 □国家级 人数 人；其中主委 人，副主委 人，常委 人； □省级 人数 人；其中主委 人，副主委 人，常委 人； □市级 人数 人；其中主委 人，副主委 人，常委 人； □区级 人数 人；其中主委 人，副主委 人，常委 人；  |
| **承担本科/专科护生授课任务:**  □无 □有 **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 |
| **申请并完成继续教育项目** 2020年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级 □区级 2021年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级 □区级 2022年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级 □区级 |
| **五、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（“十一五”以来承担教学任务、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 |