**附件1**

**广东省生育力保存**

**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 | | |  | |
| 开展生育力保存诊疗相关科室 □无 □有 | | | | | | | | | | |
| **所属医院是否为生育力保存库** □是 □否（※提供证明） | | | | | | | | | | |
| **生育力保诊治业务量**（※提供证明） | | | | | | | | | | |
| 年度 | 门诊量（人次/年） | | | | | 出院病人（人次/年） | | | | |
| 全科 | | 生育力保存 | | | 全科 | | | 生育力保存 | |
| 2021年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2022年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2023年 |  | |  | | |  | | |  | |
| **二、生育力保存专科规模** | | | | | | | | | | |
| **申报科室开展的生育力保存技术情况**（技术种类及开展年例数，应列尽列） | | | | | | | | | | |
| **生育力保存团队** | | | | | | | | | | |
| **生育力保存团队：**□无 □有 副主任医师及以上职称人数 人；  **多学科合作团队：**□无 □有 合作团队科室： 个；  科室名称 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (※提供证书） | | | | | | | | | | |
| **三、专科设备及场所** | | | | | | | | | | |
| **有固定的教育场所:** □无 □有  总面积 平方米  (※提供相片证明） | | | | | | | | | | |
| **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 □其他  (※提供相片证明） | | | | | | | | | | |
| **生育力保存诊治设备：**□无 □有  包括： □B超机 □性激素检测仪器 □CT  □MR (※提供相片证明） | | | | | | | | | | |
| **四、师资及教学力量** | | | | | | | | | | |
| **人才配备：**  科室本科及以上学历护士总数 人，占护士总数 ％；  科室研究生及以上学历护士总数 人；  科室主管护师及以上护士总数 人；  科室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；工作年限＞10年 人。 | | | | | | | | | | |
| **生育力保存相关专科护士：** (※提供资质证书电子版）   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **序号** | **专科护士类型**  **（可补充）** | **总人数** | **培训方式（人）** | | | | | 国家级 | 省级 | 行业培训 | 其他 | | 1 | 生殖专科护士 |  |  |  |  |  | | 2 | 肿瘤专科护士 |  |  |  |  |  | | 3 | 乳腺专科护士 |  |  |  |  |  | | 4 | 妇科专科护士 |  |  |  |  |  | | 5 | 产科专科护士 |  |  |  |  |  | | 6 | 血液专科护士 |  |  |  |  |  | | 7 | 儿科专科护士 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | |
| **学会任职：**(※提供相关任职证明电子版）   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **任职**  **等级** | 国家级 | 省级 | 市级 | 县区级 | | 主任委员（会长） |  |  |  |  | | 副主任委员（副会长） |  |  |  |  | | 常务委员 |  |  |  |  | | 委员 |  |  |  |  | | | | | | | | | | | |
| **继续教育教学基础：**(※提供近3年相关证明电子版）  专科基地具有院级以上课堂或省级以上继续医学教育项目教学经验的授课老师 人；  专科基地有5年及以上临床护理带教经验的指导老师 人；  所属专科带教计划及考核：□无 □有 | | | | | | | | | | |
| **近3年所属专科已主持或主要参与完成的继续教育项目**(※提供学习班通知等证明电子版）   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **年份** | **项目编号** | **等级** |  | **项目名称** | **培训人数** | **负责人** | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | 注：项目等级选填编号①国家级；②省级；③市级；④县区级；⑤院级；⑥其他  表格不足可另增行。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **五、专科建设** | | | | | | | | | | |
| **生育力保存相关专科护理门诊：**(※提供相关证明电子版）  □无 □有 每周出诊 次 | | | | | | | | | | |
| **生育力保存专科护理特色项目**（项目名称并简述推广应用情况）**：** | | | | | | | | | | |
| **相关专科科研能力**（※提供相关证明电子版）  **（1）近3年来发表的学术论文：** 篇；  SCI收录 篇；核心期刊 篇；其它 篇；  **（2）近3年获得的立项课题：** 项；基金资助： 万元；  国家级： 项； 省级： 项； 市级： 项；院校级： 项；  **（3）近3年获得的专利：**  项；  发明专利：项；实用新型专利：项；外观设计专利：项；软件著作：项；   1. **出版著作:**主编： 部；副主编： 部；参编： 部。 | | | | | | | | | | |
| **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 | 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： | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | | | | |