附件2

**广东省皮肤病专科护士**

**临床实践培训基地**

**申 请 书**

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/三级 | □三乙/二级 | □其他 |  |
| 皮肤科 □无 □有 床位数 张  |
| **皮肤科床位数及床护比**（※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 |   |   |   |   |
| **皮肤科业务量**（※提供证明） |
| 年度 | 门诊量（人次/年） | 出院病人（人次/年） |
| 全院 | 皮肤科 | 全院 | 皮肤科 |
| 2021年 |  |  |  |  |
|  2022年 |  |  |  |  |
|  2023年 |  |  |  |  |
| **皮肤科2023年收治病种（按照顺序罗列前6种疾病）**： |
| **二、专科设备及场所** |
| **皮肤病教育场所:** □无 □有  总面积 平方米  用途：□专用于皮肤病患者教育 □可用于皮肤病患者教育或其它  |
| **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**皮肤病专科示范教学工具:** □ 无 □有  包括: □治疗仪器 □伤口敷料 □负压引流装置  □过敏源试验试剂 □检查仪器　 □其他 　 (※提供相片证明） |
| **皮肤病筛查设备：**□无 □有  包括： □皮肤镜 □伍德灯 □食物不耐受检测设备  □病理检测设备 □皮肤三维CT □其他　　　　　  (※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 **皮肤病专业藏书：**□无 □有**专业杂志：** □无 □有 包括：□护理期刊　　 □皮肤病期刊 种类 （种）　　其他：  |
| **三、师资及教学力量** |
| **师资力量：** 大专学历、主管护师以上职称、8年以上皮肤科专科工作经验 名； 本科学历、护师以上职称、5年以上皮肤科专科工作经验 名； 研究生学历、3年以上皮肤科专科工作经验的临床带教老师 名；**学会任职：** □无  □有 人数 人 ； 职务 ；  □国家级 □省级 □市级 □区级 (※提供证书） |
| **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　　 (※提供近3年培训和培养下级单位进修护士证明）　　 |
| **申请并完成继续教育项目** 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 2023年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级 □区级 (※提供办班证明或相片）　　 |
| **四、专科建设** |
| **皮肤病教育与管理团队**： □无  □有 □医生 人 □营养师 人  □心理咨询师 人 □其他 人 (※提供团队人员名单及简介和相关证书） |
| **系统的皮肤病教育培训：**  培训计划：□无 □有 □大讲堂教育计划 □病区患教计划 □小组教育计划  培训教程：□无 □有  教育培训开展频率：  (※提供2022年、2023年教育培训工作计划、教程及实施记录（包括议程、患者签到表、照片等）） |
| **系统的皮肤病教育管理项目**项目计划：□无 □有（※提供项目针对性的目标人群、项目目标、项目实施的具体时间表、人员分工、资源/预算安排及具体程序或步骤；项目的评估方法和指标等等记录）教育管理项目支持教程：□无 □有 教育管理项目开展频率： (※提供2022年、2023年教育管理项目计划及实施工作的记录、议程、患者签到表、教程、评估表、照片等)。 |
| **皮肤病专科护理小组**： □无 □有； （※提供相关文件） 年度计划：□无 □有  工作目标：□无 □有  活动开展频率： （※提供小组活动情况记录和相片）**皮肤病专科护理门诊**：□无 □有； 年开始 开放时间： 次/周； 出诊人员： 人； 资质：  门诊病人数： 例次/周 会诊人员： 人； 资质： **会诊制度**： □无 □有 院外会诊：□无 □有 院内会诊：□无 □有 会诊病例： 例次/年  |
| **皮肤科的中医技术应用：**  □无 □有 项目： □5项以上 □ 2-5项 □2项以下 |
| **科研能力****近3年来发表的学术论文**SCI收录 篇；核心期刊 篇；其它 篇； **近3年获得的立项课题**国家级： 项； 省级： 项； 市级： 项；基金资助： 元；**近3年获科研成果**国家级： 项； 省级： 项； 市级： 项；**近3年获得的专利** 项**皮肤病相关著作** 主编： 部；参编： 部； （※提供相关证明材料） |
| **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 |