**附件1**

**广东省社区与公共卫生专科护士**

**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 |  | | | | 联系邮箱 | | | |  | | |
| 联系人 |  | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| **所属上级医院性质（在符合的项目框内打“√”）** | | | | | | | | | | | |
| 上级医院类型 | □综合医院 | | | □专科医院 | | | □教学医院 | | | □其他 | |
| 上级医院级别 | □三甲 | | | □三乙 | | | □其他 | | |  | |
| **科室人员结构**（※提供证明） | | | | | | | | | | | |
| 医生 | 护士 | | | 技师 | | | 其他（文员等） | | | 总人数 | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | |
| **护理人员结构**（※提供证明） | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 年龄 | | | 职称 | | | 学历 | | | 是否为专科护士 | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | |
| **科室门诊量**（※提供证明） | | | | | | | | | | | |
| 年度 | 诊疗量（人次/年） | | | 家庭病床（人次/年） | | | | | | 专家下社康门诊量  （人次/年） | |
| 2024年 |  | | |  | | | | | |  | |
| 2025年 |  | | |  | | | | | |  | |
| **专科团队** | | | | | | | | | | | |
| **专家下社康：**□无 □有， 专科，出诊频次： 次/周；  **专家下社康：**□无 □有， 专科，出诊频次： 次/周；  (※提供证书） | | | | | | | | | | | |
| **三、科室设备及场所** | | | | | | | | | | | |
| **计免接种室:** □无 □有  总面积 平方米  (※提供相片证明） | | | | | | | | | | | |
| **换药室:** □无 □有  总面积 平方米  (※提供相片证明） | | | | | | | | | | | |
| **康复设备（如产后康复、肢体康复设备）：**□无 □有  包括： □盆底肌/腹直肌治疗仪 □康复室  □ 脑卒中后康复 □ 认知功能训练  □其他： (※提供相片证明） | | | | | | | | | | | |
| **四、师资及教学力量** | | | | | | | | | | | |
| **慢性病专业专科护士：**□无 □有 人数 人； 专业（例如糖尿病）：  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书）  **伤口专科护士：**□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）  **康复专科护士：**□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）  **母婴喂养专科护士：**□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）  **老年护理专科护士：**□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）  **社区与公共健康专科护士：**□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）  **个案管理师：**□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）  **安宁疗护专科护士：**□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）  **体重管理专科护士：**□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）  **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）  **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）  **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：** □无  □有 人数 人 ； 职务  □国家级 □省级 □市级 □区级 (※提供证书） | | | | | | | | | | | |
| **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 | 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（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 | | | | | | | | | | | |