附件二：

**广东省基层卫生协会**

**社区卫生服务能力提升培训基地申请书**

申请单位： （加盖公章）

通讯地址：

邮政编码： 单位电话：

电子邮件：

联 系 人： 办公电话:

移动电话:

填报时间：

**填写说明**

一、凡申请广东省基层卫生协会社区卫生服务能力提升培训基地的机构必须填写《培训基地申请书》。

二、《培训基地申请书》要求填写真实、准确、无误。

三、《培训基地申请书》中“申请单位”处应加盖申请机构公章。

四、“培训师资”填写本单位的可担任师资的情况。

五、“培训时间”填写培训项目所需要的时间，例如“脱产5天”。

六、“培训大纲”中的“内容”填写课程名称。

七、填写完《培训基地申请书》后，一式两份交至广东省基层卫生协会秘书处（快递地址：广州市越秀区连新路11号4楼402室，联系人：蒋常青，手机：13710369880）。

|  |
| --- |
| **基本情况表** |
| 成立时间： 年 法人代表： 举办主体：  服务管理人数： （万人） 下属全科医疗站： （个）  科室设置：□预防保健科 □全科医疗科 □中医科（含民族医学）  □康复医学科 □医学检验科 □医学影像科  □口腔医学科 □临终关怀科 □  人员情况：人员总数： （人），  其中公卫医生 （人）、全科医生 （人）、护士 （人）  连续三年在职从事医疗服务工作人数 （人）  职称情况：  公卫医生：高级职称 （人）、中级职称 （人）、初级职称 （人）  全科医生：高级职称 （人）、中级职称 （人）、初级职称 （人）  护 士：高级职称 （人）、中级职称 （人）、初级职称 （人）  设备情况：万元以上设备：  用房情况：业务用房面积： 平方米  业务用房来源：□免费使用 □自有 □租用  业务情况：2022年服务管理人数 万，基本医疗年门诊量 万人次；  年健康教育服务 万人次；年预防接种 万人次。  业务收入：2022年业务总收入 （万元），年盈余 （万元）。  其中医疗业务收入 万元，政府拨款 万元，其它收入 万元；  培训情况：近5年来是否开展过继续医学教育项目培训工作 □是 □否  培训项目名称： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **拟开展的培训交流项目表** | | |
| 申请培训交流项目名称 | |  |
| 本单位担任培训交流师资 | |  |
| 拟外聘担任培训交流师资 | |  |
| 培训时间 | |  |
| 培训方式 | |  |
| **培训资料** | 培训大纲  内容1： 课时：  内容2： 课时：  内容3： 课时：  内容4： 课时：  内容5： 课时：  内容6： 课时：  内容7： 课时：  内容8： 课时：  拟使用已出版的教材，请填写  教材名称《 》，出版社 出版时间：  主要作者： | |

|  |
| --- |
| **申报单位师资基本信息表** |
| 姓名 出生日期 学历 职称 职务  师资来源：□本中心 □外聘，单位  负责本培训项目的内容：  **主要工作经历**  **开展过哪些与全科医疗相关的培训？**  **开展过哪些与全科医疗相关的研究？**  **发表过哪些与全科医疗相关的文章？** |

（此表可根据师资人数复印，复印有效）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申报单位负责人信息表** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | | | 民族 | |  | |
| 教育程度 |  | | | | | 职务 | |  | | 职 称 | | |  | | | |
| 办公电话 |  | | | | | 移动电话 | | | |  | | | | | | |
| 传 真 |  | | | | | 电子邮箱 | | | |  | | | | | | |
| 主要工作经历 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接受培训的经历 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参与培训工作的经历 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申报单位培训负责人信息表** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | | | 民族 | |  |
| 教育程度 | |  | | | | | 职务 | |  | | | 职称 | |  | | |
| 办公电话 | |  | | | | | 移动电话 | | | |  | | | | | |
| 传 真 | |  | | | | | 电子邮箱 | | | |  | | | | | |
| 主要工作经历 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接受培训的经历 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参与培训工作的经历 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申报单位开展培训工作调查表** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **项目一** 名称：  时间： 天 专业：□公共卫生 □全科医学 □护理 □其他  方式：□集中培训 □进修 □其他  每期参加人数： 已经举办次数：  **项目二** 名称：  时间： 天 专业：□公共卫生 □全科医学 □护理 □其他  方式：□集中培训 □进修 □其他  每期参加人数： 已经举办次数：  **项目三** 名称：  时间： 天 专业：□公共卫生 □全科医学 □护理 □其他  方式：□集中培训 □进修 □其他  每期参加人数： 已经举办次数：  **项目四** 名称：  时间： 天 专业：□公共卫生 □全科医学 □护理 □其他  方式：□集中培训 □进修 □其他  每期参加人数： 已经举办次数：  **项目五** 名称：  时间： 天 专业：□公共卫生 □全科医学 □护理 □其他  方式：□集中培训 □进修 □其他  每期参加人数： 已经举办次数：  此页面不够可加附页 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **专家组**  **评审意见** | | | **（签名）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |
| **广东省基层卫生协会审核意见** | | | **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |
| **备注** | | |  | | | | | | | | | | | | | |

**请附：1.申请机构医疗执业许可证复印件；2.申请机构事业单位法人证书复印件；**

**3.申请机构组织机构代码证复印件；4.申请机构法人代表身份证复印件。**

|  |
| --- |
| **申请机构**  **医疗机构执业许可证**  **粘 贴 处** |
| **申请机构**  **单位法人证书**  **粘 贴 处** |
| **申请机构**  **组织机构代码证**  **粘 贴 处** |

|  |
| --- |
| **申请机构**  **法人代表身份证（正面）**  **粘 贴 处** |

|  |
| --- |
| **申请机构**  **法人代表身份证（背面）**  **粘 贴 处** |
| **申请机构**  **培训教室平面图**  **粘 贴 处** | |