附件3

## 深圳市医疗护理员培训基地

## 申 报 书

**申** **报** **单** **位** **：**

**基地负责人：**

**单** **位** **负责** **人：**

**单** **位** **联** **系人：** **电话：**

**电** **子** **邮** **箱** **：**

**申** **报** **时** **间** **：** **年** **月** **日**

**填报说明**

1. 所填报的数据必须是真实准确，不得弄虚作假，并保存好各项报表以备核查。
2. “单位性质”是指非营利性、营利性。
3. “单位类别”是指高等医学院校、卫生类职业技术院校、行业学（协）会、医疗机构、培训机构等。
4. “单位等级”应填报经省、市卫生健康行政部门组织评审的等级，或我市行政管理的级别，如：“三级甲等”、“三级管理”。
5. 本申请书填写的“人员情况”一栏必须是本单位在职或在编人员。
6. “申请负责人”系指申请培训基地项目的主要负责人。
7. 近3年指的是2022－2024年度。

|  |
| --- |
| 一、培训基地基本信息 |
| 申报单位名称 |  | 单位性质 |  |
| 单位类别 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址 |  |
| 单位在职人数 | 共 人，其中专业技术人员数 人，管理人员数 人。 |
| 法人代表 |  | 联系电话 | （办公室）： 手机： |
| 申请负责人 |  | 联系电话 | （办公室）： 手机： |
| 业务用房建筑面积 |  |
| 资质范围 |  |
| 近3年开展医疗护理员培训情况 | 2022年 次，2023年 次，2024年 次 |
| 近3年接收医疗护理员总人数/近3年分别接收人数 | 总人数( )人，2022年( )人，2023年( )人，2024年( )人 |
| 近3年开展免赔照护服务情况（未开展的不需填写） |  |

|  |
| --- |
| 二、专业人才队伍情况 |
| 培训基地负责人 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 学历 |  |
| 专业 |  | 职称 |  | 部门 |  | 职务 |  |
| 相关专业工作经历 |  |
| 培训基地主要师资力量（此项可另起一页填写） | 姓名 | 学历 | 职称 | 所在科室 | 取得医疗护理员师资培训证书名称（含取得时间，颁证部门） | 工作年限 | 专职/兼职(选其一) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 三、教学条件 |
| 可同期培训学员人数 | （ ）人 |
| 理论培训教室面积（平方米） | （ ）平方米 |
| 多媒体电教设备（有或无） | 无□ 有□ |
| 操作技能培训室面积（平方米） | （ ）平方米 |
| 操作技能培训室配置床单元数量 | （ ）张 |
| 配备自有（或与医疗机构合作等方式）相对固定的实践培训场所（实践基地）（有或无） | 无□ 有□相对固定的实践培训场所；无□ 有□开展老年患者护理员培训，有设老年病综合科室；无□ 有□开展孕产妇和新生儿护理员培训，有独立设置的产科，开放床位数（）张。 |
| 请列出主要的模拟教具设备不少于5类：如基础护理技能类教具（护理人体模型）、生命体征监测类设备、急救技能训练教具、老年专科护理类教具、母婴专科护理类教具、康复专科护理类教具等  |  |
| 四、组织管理与教学保障请简要描述培训基地的组织管理与教学实践统筹（含学员用餐等生活）保障。备注:此项可另起一页填写。 |
| **五、诚信承诺** |
| 本单位承诺：申请材料真实有效，如有虚假，自愿退出申请或取消备案资质。法定代表人（签字） ：单位名称（公章）：申请日期： |

注：请申请单位在单位名称处及表格骑缝处加盖本单位公章；本表可增行或续页。