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。