附件二：

**广东省卫生经济学会**

**基层卫生培训基地申请书**

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、凡申请广东省卫生经济学会基层卫生培训基地的机构必须填写《广东省卫生经济学会基层卫生培训基地申请书》（以下简称“申请书”）。

二、申请书要求填写真实、准确、无误。

三、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。

六、“培训大纲”中的“内容”填写课程名称。

|  |
| --- |
| **基本情况表** |
| 成立时间： 年 负责人： 举办主体：  辖区服务人数： （万人） 下属社区卫生服务站（卫生站）： （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  □口腔科 □  机构人员情况：  人员总数： （人），  其中公卫医生 （人）、全科医生 （人）、护士 （人）  人员职称情况：  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： 台  业务用房面积： 平方米  业务情况：诊疗人次：2019年 万人次；2020年 万人次；  培训情况：是否开展过培训工作 □是 □否  培训内容： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **拟开展的培训内容** | | | 申请培训内容 |  | | 本单位担任培训师资 |  | | 拟外聘担任培训师资 |  | | 培训时间 |  | | 培训方式 |  | | 培训大纲 | 内容1： 课时：  内容2： 课时：  内容3： 课时： | | 申报单位申请意见 |  | | 申请单位当地卫健局推荐意见 | （盖章）  年 月 日 | | 专家组评审意见 | （签名）  年 月 日 | | 广东省卫生经济学会审核意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **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  开展过哪些与基层卫生相关的培训？  开展过哪些与基层卫生相关的研究？ |

（此表可根据师资人数复印，复印有效）

|  |  |
| --- | --- |
| **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： | |
| 专家组  评审意见 | （签名）  年 月 日 |
| 广东省卫生经济学会审核意见 | （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.申请机构负责人身份证复印件；**

**3.申请机构组织机构代码证复印件；4.申请机构培训教室平面图。**

|  |
| --- |
| **申请机构医疗机构执业许可证**  **粘 贴 处** |
| **申请机构负责人身份证**  **粘 贴 处** |
| **申请机构组织机构代码证**  **粘 贴 处** |

|  |
| --- |
| **申请机构培训教室平面图**  **粘 贴 处** |