

中国康复医学会

关于开展康复护理专科护士资质认证的通知

各有关单位：

为贯彻落实《“健康中国 2030”规划纲要》，推进健康中国建设，把握健康领域发展规律，建立完善现有康复护理体制系统，实现更高水平的全民健康，促进我国康复护理事业全面、协调、可持续发展，加强康复护理人才培养，使其具备教学、科研、专科护理于一体的康复护理专科护士，更好地为人民群众健康需求服务。经中国康复医学会审批，对经康复专业培训后的康复专科护士进行第五期专科资质认证考核工作，现通知如下。

一、康复专科护士资质认证申报条件

- （一）工作年限：在临床康复护理岗位工作年限 5 年以上；
- （二）学历要求：护理专科及以上学历；
- （三）职称要求：主管护师及以上职称；
- （四）基本资质要求：

1. 取得中国康复医学会康复护理专业委员会康复护理专科护士培训结业证书或同等级培训机构康复护理专科护士培训结业证书（专科全日培训时间达10周以上），结业后继续从事康复护理临床工作满2年整；

2. 从事康复护理临床工作15年以上，具有本科学历和副主任

护师以上者。

3. 满足以上要求其一均可报名。

二、康复专科护士资质认证方式

(一) 具体认证考核要求如下：

1. 答辩考核：理论内容涵盖康复护理及专科疾病的理论知识，（包含康复护理基本理论、临床病案分析）。考核以综合判断问题、临床案例分析为主，限时7分钟，满分100分。

2. 授课考核：在规定时间内以PPT形式授课，内容必须结合康复护理专业（请提前做好PPT，不宜以汇报工作或介绍医院的形式，否则无效），限时8分钟，满分100分。

3. 临床综合考核（包含论文、课题、科研、专利等），以康复护理的临床技能及职业素养为主，主要从专业知识的掌握程度、分析和解决问题的能力、带教能力及综合业绩几个方面进行评估，满分100分。

4. 康复专科护士结业以来工作业绩汇报总结1份（2000字以内）。

可参考中国康复医学会康复护理专业委员会组织编写的2018年新版《实用康复护理学》、《康复护理技术操作规程》、《实用康复健康教育》专著，总成绩达到240分为通过。

(二) 材料准备

1. 纸质版材料准备：下载附件《康复护理专科护士培训申请表》并逐项填写，（需签署单位意见，加盖公章）、蓝底1寸照片2张、康复专科护士证书复印件、身份证复印件、学历证书复

印件、职称证书复印件、工作业绩汇报总结纸质版及近3年工作业绩成果展示（包括报告内所提及的论文、课题、科研、专利等复印件），按照以上顺序装订。

2. 电子版材料准备：《康复护理专科护士培训申请表》（加盖公章的PDF版），康复专科护士证书扫描件、身份证扫描件、学历证书扫描件、职称证书扫描件，工作业绩汇报总结电子版及近3年工作业绩成果展示（包括报告内所提及的论文、课题、科研、专利等扫描件），按照以上顺序合并为一个PDF文件，以“单位名称（与加盖公章一致）+姓名”命名。

3. 提交的纸质版材料需与电子版材料一致，纸质材料需快递至康复专业委员会主任单位；电子版材料需发送至指定邮箱。

三、报名程序

（一）参加康复专科护士资质认证者自愿申请，医院推荐审批，填写报名申请表，经康复护理专科护士资质认定委员会审核后方可参加康复专科护士资质认定考核（提交申请7日内会进行资质审核并发送回执通知，请关注邮箱回复）。

（二）报名截止时间：2022年9月30日，逾期不予受理。

四、考核时间安排

1. 认证考核时间拟定于2022年10月15日-16日。

2. 考核形式：报名资质认证审查、线上评审、视频答辩、专家评议等。

五、资质认证费用

资质认证考试费用1500元/人，请在收到回执通知后一周内缴费。

1. 可直接微信扫描二维码，提交相关信息（名字+康复专科护士第五期资质认证）并缴费



2. 也可银行汇款，信息如下：

汇款账户：中国康复医学会

开户银行：农业银行北京和平里支行

银行账号：1123030104000392700000000016

汇款备注：名字+专科护士五期+手机号

六、证书发放

（一）通过全部考核者，由中国康复医学会颁发《中国康复医学会康复护理专科护士资质证书》；

（二）对已获得证书的康复护理专科护士要定期参加有关康复护理学术会议或培训的国家级继续医学教育项目的学习、交流。

七、联系方式

康复护理专业委员会：朱世琼 17708130793

饶 敏 13550308883

总会财务联系人：张羽龙：18801058078

邮寄地址：四川省成都市一环路西二段32号四川省人民医院

康复科 饶敏13550308883

电子邮箱: kzwwyh@163.com

附件: 康复护理专科护士资质认证申请表



附件：

中国康复医学会康复护理专业委员会

康复护理专科护士资质认证

申 请 表

选送单位：_____

姓 名：_____

电子邮箱：_____

姓 名		性别		年龄		一寸 照片
学历/学位		身份证号码				
康复专科 培训单位			专科培 训时间			
参加工 作时间		工作 科室		职 称 职 务		
康复专业 工作时间			联系电话(手机)			
主要 学习 工作 经历						
主 要 著 作 或 论 文 与 学术成果						
选送 单位 意见	盖章 年 月 日					
学会 审批 意见	年 月 日					