**附件3**

中国康复医学会

手功能康复专科培训基地申报书

培训基地类型 手功能康复专科培训基地

单位名称

通讯地址

基地负责人

办公电话 移动电话

电子邮箱

基地联系人

办公电话 移动电话

电子邮箱

申报日期

中国康复医学会培训部制

二○二○年十一月

**填写说明**

1.本表须用中文,一式2份,使用A4普通纸张打印，申报表中限于该栏目篇幅大小而需另页列明的可添页或另附附件打印填写。

2.填报范围：根据《中国康复医学会康复医学培训基地建设管理办法》、《中国康复医学会康复医学培训基地建设评估指标体系》、《中国康复医学学会手功能康复专科培训基地申报基本条件》、《中国康复医学会手功能康复专科培训基地评审标准》进行自查后，认为自身条件基本符合上述条件的培训机构所在单位均可填报。

3.填写时要求实事求是，填写完整，不得空项、漏项，如单位实际情况与表中列示情况不同，须填无。

4.单位名称须与培训基地所在单位执业许可证（或营业执照）上的名称及所盖公章一致。

5. 在填写培训基地的基本情况时，需要填写数字时须用阿拉伯数字填写。填表时需选择时，请将选中项前的 “□”变成“■”。

6.资料内容仅填写培训基地情况资料，不包括挂靠单位数据资料。

**1.培训基地基本情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 （全称） |  |
| 单位法定代表人 | 姓名 | 性别□男□女 | 培训基地负责人 | 姓名 | 性别□男□女 |
| 年龄 | 职务 | 年龄 | 职务 |
| 专业 | 职称 | 专业 | 职称 |
| 学历 | 学位 | 学历 | 学位 |
| 培训基地临床床位数 |  |
| 培训基地业务用房面积（含实操培训面积m2） |  |
| 培训设施器材价值（万元） |  |
| 培训方式(可复选） | □理论授课 □操作培训 □远程培训 □其他 |
| 开始培训日期 年 月 |
| 已完成培训期数 已结业人数 |

**2.培训基地人员情况**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 总人数 人 | 技术人员共 人 | 管理保障人共 人 |
| 其中硕士以上研究生 人 占比 % |
| 专职教学系列共 人 | 正高职称 人 占比 % | 中级职称 人占比 % |
| 副高职称 人 占比 % | 初级职称 人占比 % |
| 康复医师共 人 | 正高职称 人 占比 % | 中级职称 人占比 % |
| 副高职称 人 占比 % | 初级职称 人占比 % |
| 康复治疗师共 人 | 正高职称 人 占比 % | 中级职称 人占比 % |
| 副高职称 人 占比 % | 初级职称 人占比 % |
| 康复护士共 人 | 正高职称 人 占比 % | 中级职称 人占比 % |
| 副高职称 人 占比 % | 初级职称 人占比 % |

**3.所在单位简介(1500字左右）**

1. **培训基地简介（1500字左右）**
2. **典型培训项目举办过程和总结（1500字左右）**
3. **申报理由（**必要性和可行性**）**
4. **优势和不足**
5. **申报单位意见**

|  |
| --- |
|  上述信息完全属实。本单位自愿申报中国康复医学会康复医学培训基地的建设评估，完全同意《中国康复医学会康复培训基地建设管理办法》和《中国康复医学会康复医学培训基地评估办法》等规定要求，并认真履行相关职责和责任。 单位法人代表签字：培训基地负责人签字：（申报单位盖章）年 月 日 |