附件3：

关于加入“白求恩基层医生心脑血管慢病管理培训基地”的申请表

|  |
| --- |
| 一、医院基本信息 |
| 医院名称 | 　　 |
| 医疗机构执业许可证号 | 　 |
| 医院地址 | 　 |
| 医院等级 |  | 床位总数 |  |
| 上年度门诊量 | 人次 | 上年度收入 | 　　万元 |
| 法人代表 | 　 | 联系电话　　 |  |
| 二、教学设施及相关培训情况 | （附后） |
| 三、主要师资情况 | （附后） |
| 四、培训基地管委会情况 | （附后） |
| 申请理由 及基地特色 |  |
| 申请单位意见 | 意见：申请单位盖章日期： 年 月 日 | 批复单位意见 | 意见：批复单位盖章日期： 年 月 日 |

**二、教学设施及相关培训情况**

（申请医院盖章处）

|  |  |
| --- | --- |
| 大班课教学面积（含教室、示教室、教学诊室等） | 平方米 |
| 小班课教学面积（含教室、示教室、教学诊室等） | 平方米 |
| 黑板、投影仪、计算机等教学设备 |  |
| 教学用医疗设备情况 |  |
| 近三年培养乡村医生情况 |  |
| 医联体情况 |  |
| 对村卫生室、诊所的支持措施 |  |

**三、主要师资情况**

（申请医院盖章处）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 专业 | 学历/学位 | 职称 | 日门诊量 | 电话 |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |
|  |  |  |  |  |  | 人次 |  |

**四、培训基地管委会情况**

|  |
| --- |
| **培训基地院级分管领导** |
| 姓名 | 性别 | 出生年月 | 学历/学位 | 部门职务 | 职称 | 电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **培训基地负责人** |
| 姓名 | 性别 | 出生年月 | 学历/学位 | 部门职务 | 职称 | 电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **培训基地联络人** |
| 姓名 | 性别 | 出生年月 | 学历/学位 | 部门职务 | 职称 | 电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **培训基地管委会成员** |
| 姓名 | 性别 | 出生年月 | 学历/学位 | 部门职务 | 职称 | 电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

（申请医院盖章处）