附件

四川省西医人员学习中医知识培训基地

建设项目申报书

申 报 类 别： □省级 □基层

项 目 单 位： （公章）

所 属 地 区：

主 管 部 门： （公章）

联 系 人：

手机： 电话：

电 子 邮 箱：

四川省中医药管理局 制

2024年

填 写 说 明

一、申报书由申报单位和主管部门提交意见并签章。

二、申报书中的申报单位名称，请按规范全称填写，并与申报单位公章一致。如有特殊情况，需单独提供证明，说明理由。

三、文字描述要抓住重点，数字要精准无误，叙述简要。

四、申报书中文字须用宋体小四号字填写，1.2倍行间距。

五、表格内各栏如填写不下，可自行顺延加页。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、基地信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | | | | 类别 | | | | | | □中医医院（不含专科医院）  □中西医结合医院  □院校 | | | | | | |
| 单位等级、级别 | |  | | | | | | 主管部门 | | | | | |  | | | | | | |
| 单位地址 | |  | | | | | | 法定代表人 | | | | | |  | | | | | | |
| 职能部门  负责人 | |  | | | | | | 联系电话 | | | | | |  | | | | | | |
| **二、合作单位（有合作单位的基地填写）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合作院校 | |  | | | | | 负责人 | | | |  | | | 联系  电话 | | |  | | | |
| 合作学会/协会 | |  | | | | | 负责人 | | | |  | | | 联系  电话 | | |  | | | |
| 合作医疗单位 | |  | | | | | 负责人 | | | |  | | | 联系  电话 | | |  | | | |
| **三、基本条件** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 制定线下理论培训方案 | □是 □否 | | 线下课时数 | | | 学时 | | | | 线下理论授课师资 | | 人 | | | | 计划招生数 | | | | 人 |
| 授课地点 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 理论授课教室面积 | m2 | | | | 容纳人数 | | | | 人 | | | | | | 理论考核教室 | | | □有 □无 | | |
| 本院临床实践带教师资数 | | | | 人 | | | | | 合作单位临床实践带教师资数 | | | | | | | | | 人 | | |
| 培训管理部门总人数 | | | | 人 | | | | | 其中，具有中医专业背景  人数 | | | | | | | | | 人 | | |
| 已制定合作方案 | | | | | | | | | □是 □否 | | | | | | | | | | | |
| **四、已开展省级西学中培训情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目名称 | | | | | | | | | 时间 | | | | 学员人数 | | | | | | 学员通过率 | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| 优势及基础（限800字） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 培训能力（限800字） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 师资队伍（限800字） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理能力（限800字） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申报单位  意 见 | 本单位承诺申报书及所提供的相关材料属实，本单位能够为四川省西医人员学习中医知识培训基地的建设提供相应的条件保障。  负责人（签字）：    （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合作单位申报意见（有合作单位的基地填写） | 负责人（签字）：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市（州）主管部门或省级主管部门审核  意 见 | 负责人（签字）：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 省中医药管理局审核  意 见 | 负责人（签字）：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |