附件5

**广东省医学会麻醉学分会**

**培训基地与实践基地申请表**

申请基地类别：□ 可视化基地 □ 加速康复基地

申请基地类型：□ 培训基地 □ 实践基地

申报单位：

单位级别：

申报科室：

所属地级市：

基地负责人：

基地秘书：

秘书电话：

申请日期： 年 月 日

广东省医学会麻醉学分会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基地负责人姓名** | |  | **性别** |  | **民族** |  | | | | **出生日期** | | | |  | | | | **近照** |
| **职称** | |  | **专业** |  | | | | | **最高学历** | | | | |  | | | |
| **毕业学校** | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **工作单位** | |  | | | | | | | | | **职务** | |  | | | | |
| **通讯地址** | |  | | | | | | | | | | **科室** | | |  | | | |
| **从事麻醉专业工作时间** | | |  | | **联系电话** | | |  | | | | | | **邮箱** | | |  | |
| **学术团体任职** | | |  | | | | **是否研究生导师** | | | | | | | | | □**硕导** □**博导** | | |
| **科室审核意见** | **科室主任签字：**  **日期：** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **承诺** | **本人承诺以上申请内容真实可靠，如有弄虚作假，本人愿意接受医学会按相关规定处理。**  **如果加入到广东省医学会麻醉学分会基地建设体系，本人一定遵守学会相关规定，完成考核的各项工作。**  **申请单位（单位签章）：**  **申请人：**  **日期：** | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **申报单位建设条件介绍** | 基础配备描述：（参考基地建设标准进行描述，其中，必备设施需要详细描述） |
| 基地人员架构描述：（参考基地建设标准进行描述，其中，必备人员需要详细描述） |
| 相关可视化技术/加速康复技术描述：（参考基地建设标准进行描述，其中，必备技术需要详细描述） |
| 相关监测及术后随访技术及方案描述：（参考基地建设标准进行描述） |
| **申报单位近五年相关业绩描述** | 医疗业绩（填写说明：根据拟申报的基地类别进行描述，比如可视化技术的应用情况；术后加速康复应用情况；不超过1000字） |
| 科研业绩（填写说明：根据拟申报的基地类别进行描述，比如可视化技术的研究项目开展、论文发表或专利等知识产权情况；术后加速康复的研究项目开展、论文发表或专利等知识产权情况；不超过1000字） |
| 教学情况（包括研究生教育、住培教育、技能培训情况等；不超过1000字） |