

上海市住院医师规范化培训 第三批培训基地申报表

医院名称: _____

申报专科: _____

申报日期: _____

上海市住院医师规范化培训联席会议办公室

2011 年 10 月

填 表 说 明

1. 培训基地的申报和认定以专科为单位。申报表内容应详尽、属实，不漏填。
2. 表 2 的《各培训基地专科情况表》，请填写与申报基地相对应的《专科情况表》。
3. 表 3 中“培训基地负责人”指申报专科的科室负责人。
4. 符合条件的医院独立申报的，请填写表 1~4；联合其他医院申报的，由牵头医院填写表 1~4 和表 5；联合医院不能再独立申报该专科，也不能再与其它医院联合申报该专科。此处牵头医院指承担主要培养任务并牵头申报的医院，联合医院指提供部分培养条件的医院。
5. 每家联合医院应分别填写一份《上海市住院医师规范化培训基地申报表》的表 2，并在封面的“申报专科”一栏注明“联合申报”字样。联合申报的医院之间应签订《联合申报协议》，具体内容根据培养需要确定。
6. 递交申报表时，请使用打印件，加盖公章后不得涂改。
7. 请申报单位在规定的时间内提交申报表。申报表一律不退回，请申报单位自留底稿。
8. 上海市《住院医师培训基地标准细则（试行）》、《培训基地申报表》和《各专科情况表》可在市卫生局网站（www.smhb.gov.cn）下载。

表 1. 培训基地所在医院基本情况表

医院地址				邮政编码	
联系人		所在部门		办公电话	
手机			传真号码		
1. 医院资质： （在符合的项目方框内划“√”）					
医院类型	☐ 综合医院	☐ 专科医院	☐ 教学医院	☐ 其他：	
医院级别	☐ 三级	☐ 二级	☐ 一级	☐ 其他：	
医院性质	☐ 公立医院	☐ 民营医院	☐ 私立医院	☐ 其他：	
经营方式	☐ 营利	☐ 非营利	☐ 其他：		
2. 教学条件：					
年门诊量：	万人次		年出院病人数：	万人次	
编制总床位数：	张				
医院科室设置名称：	床位数（张）		医院科室设置名称：	床位数（张）	
教学面积（含教室、示教室、教学诊室）：			平方米		
图书馆藏书种类：	种		藏书数量：	册	
医学信息检索条件（请具体说明）					

3. 组织管理：

住院医师培训组织管理机构成员及职责：

姓名	性别	年龄	专业/学历	职务与职责	专职/兼职	联系电话

现有住院医师培训相关规章制度、培训实施计划、考试考核等（请列出具体的名称）：

4. 支撑条件：（在是或否栏处划“√”）

项 目 内 容	是	否	划“是”者请填写具体数值或措施
能提供用于基地建设和管理经费			万元/年
能否解决住院医师住宿			平方米/人
是否能解决住院医师奖金及补贴			元/人/月
是否能解决住院医师的社会保障			
能否解决住院医师的人事档案和工龄			
能否解决住院医师的医师资格和注册管理			
能否与培训对象签订3年以上聘用合同			
能否保证大多数住院医师分流去基层服务			
已开展住院医师规范化培训工作的经验			年

表 2.各培训基地专科情况表

拟申报成为住院医师培训基地的科室只需填写各学科的《上海市住院医师培训基地**科情况表》（参见另表）中的相关科室情况。一览表如下：

表 2 -1	上海市住院医师培训基地内科情况表
表 2 -2	上海市住院医师培训基地外科情况表
表 2 -3	上海市住院医师培训基地妇产科情况表
表 2 -4	上海市住院医师培训基地儿科情况表
表 2 -5	上海市住院医师培训基地急诊科情况表
表 2 -6	上海市住院医师培训基地神经内科情况表
表 2 -7	上海市住院医师培训基地皮肤科情况表
表 2 -8	上海市住院医师培训基地眼科情况表
表 2 -9	上海市住院医师培训基地耳鼻咽喉科情况表
表 2 -10	上海市住院医师培训基地精神科情况表
表 2 -11	上海市住院医师培训基地康复医学科情况表
表 2 -12	上海市住院医师培训基地小儿外科情况表
表 2 -13	上海市住院医师培训基地麻醉科情况表
表 2 -14	上海市住院医师培训基地医学影像科情况表
表 2 -15	上海市住院医师培训基地医学检验科情况表
表 2 -16	上海市住院医师培训基地临床病理科情况表
表 2 -17	上海市住院医师培训基地口腔科情况表
表 2 -18	上海市住院医师培训基地全科医学科情况表

表 3. 申报上海市住院医师规范化培训基地自评报告

建议从以下几个方面说明：（1）是否达到《住院医师培训基地标准（试行）》，其主要依据是什么？（2）能否妥善解决培训有关经费问题？（3）能否解决住院医师培训过程中的人事管理问题等？（4）如需要联合其他医院申报，请说明理由。（5）需要说明的其他内容。

--

培训基地负责人签字:

年 月 日

表 4. 主管部门审核、审查意见

培训基地所在医院意见:

院长签字并盖章：

年 月 日

表 5. 联合申报医院的基本情况

(应分别填写每一个“主要申报专科”及其“联合申报专科”。)

牵头医院 的专科	联合医院补 充的科室	联合医院名称	联合医院类型 和级别