附件1

西医学习中医培训班备案申请表

**组织单位：**

**承办主体：**

□县级及以上中医医院

□市级及以上综合医院

□其他

**培训人数：**

**教学班数：**

2025年2月

填写说明

**1.组织单位。**县市两级卫生健康行政部门组织的辖区西学中培训，组织单位填写相应卫生健康行政部门。委直属和联系医疗机构组织的本单位西学中培训，组织单位填写本单位。

**2.材料数量。**县级卫生健康行政部门组织的辖区西学中培训班，所有备案材料（附件1-4，下同）**一式四份**（承办主体、县、市、省级卫生健康行政部各1份）。 市级卫生健康行政部门组织的辖区西学中培训班，所有备案材料**一式三份**（承办主体、市、省级卫生健康行政部各1份）。省卫生健康委直属医疗卫生机构和联系单位组织的本单位西学中培训班，所有备案材料**一式两份**（承办主体、省级卫生健康行政部各1份）。

|  |
| --- |
| 一、承办主体基本信息 |
| 承办主体名称 |  | 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 职能部门 |  | 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 本次培训人数 |  人 | 本次培训教学班数 |  个教学班 |
| 二、理论培训安排 |
| 理论培训课时数 | 共 学时，其中：1.必修课线下集中面授 学时2.选修课线下集中面授 学时3.其他（如有，请简要说明）  | 理论培训师资 | 共 人，其中：1.市域内师资 人（含承办主体师资 人）2.市域内师资 人 |
| 理论培训时间 |  年 月 至 年 月 |
| 理论培训地点 | XX市XX区XX路XX（单位名称）XX楼XX层 |
| 教室面积 |  ㎡ | 教室间数 |  间 | 教室容纳总人数 |  人 |
| 三、临床实践安排 |
| 临床实践时间 |  年 月 至 年 月 |
| 临床实践单位 |  | 临床实践单位类型 | □二级及以上中医医院□三级综合医院（有中医科室）□三级专科医院（有中医科室） |
| 临床实践师资 | 共 人，其中：1.承办主体师资 人2.临床实践合作单位师资 人 |
| 培训实施方案 | 包括但不限于培训对象条件、人数、教学班数、理论培训安排（地点、时间、课程设置及学时、培训方式、师资资质、数量、来源）、临床实践安排（地点、时间、师资资质、数量、来源）、考核要求、组织管理等。 |
| 承办主体承诺 | （盖章）年 月 日 |
| 县级卫生行政部门审核意见 | （盖章）年 月 日 |
| 市级卫生行政部门审核意见 | （盖章）年 月 日 |