卫生健康人才职业技能培养项目

实训基地申请表

**填报单位： （**加盖公章**）**

**通讯地址：**

**邮政编码： 单位电话：**

**电子邮件：**

**联系人： 办公电话: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**移动电话: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**填报时间：**

**卫生健康人才职业技能培养项目办公室印制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申报单位基本情况** | | | | | | | | | | |
| 申报单位（盖章） | | |  | | | | | 法人代表 | |  |
| 单位地址 | | |  | | | | | | | |
| 单位性质 | | |  | | | | | 办学实体 | |  |
| 所在行政区 | | |  | | | | | 联 系 人 | |  |
| 固定电话 | | |  | | | | | 移动电话 | |  |
| 注册资金（万元） | | |  | | | | | 正式员工数 | |  |
| 统一社会信用代码 | | |  | | | | | | | |
| **申请报告** | | | | | | | | | | |
| 内容包括：申报单位基本情况（办公地址、培训场地、师资及管理人员、配套设施等）、申报单位既往培训经历（申报单位独自开展或与其他单位合作开展的非学历培训情况等）、拟申请或新增的培训项目以及预计培训规模、发展规划与保障措施《实训基地设置成功后的发展规划和后续保障培训业务的有效措施》。  负责人：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **已有基础** | | | | | | | | | | |
| 近3年培训规模 | | | 年度 | 培训项目名称 | | | | | 年培训总人数 | |
|  |  | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | |
| **师资情况** | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 专业 | | 职称 | 人员  性质 | 工作单位 | | 手机号 | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
| **办学条件** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 实训  教室 | 共有 间，实训设备清单另附页 | | | | | | | | | |
| 普通  教室 | 共有 间，其中 间教室配置有电视机，共 台 | | | | | | | | | |
| 多媒体教室 | 共有 间，配备联网计算机 台 | | | | | | | | | |
| 视频投影仪 台，支持 🞎视频信号接入 🞎音频信号接入 🞎RGB信号接入 | | | | | | | | | |
| 大屏幕投影电视 台，支持 🞎视频信号接入 🞎音频信号接入 🞎RGB信号接入 | | | | | | | | | |
| 实物投影仪 台 | | | | | | | | | |

**填表及申报说明**

一、此表供申请设立卫生健康人才职业技能培养项目实训基地时使用。如填写内容较多，可另加附页。

二、“单位性质”按照“公办”或“民办”选择填写。“办学实体”按普通高等院校（高职高专）、成人高等院校、中职/中专、独立设置的电大、党校、教师进修学校、职业类培训学校、社会团体、其他等选择填写。“所在行政区”具体到所在地级市，如“北京市海淀区”、“山东省济南市”等。“人员性质”按专职或兼职填写。

三、按选择方式填写的，在选项前的“□”内打“√”，现有选项无适合选项的，在“其他”项前的“□”内打“√”，并在“其他”项后注明具体情况。

四、申报单位需要提供的支撑材料：教学场地、办公场所、硬件设施等照片；资质证明（扫描件）；法定代表人身份证（扫描件）；办学场地自有房产权属证书或符合租赁期限要求的租赁合同；教学及管理人员人事关系证明、执业资格证明等。相关管理制度、培训质量管控措施及管理办法、项目实施可行性方案。

五、卫生健康人才职业技能培养项目办公室

联系人：张 森 联系电话： 010-66490395 18514229007

王砚章 联系电话： 010-66490058

联系邮箱：[wsjkxmb@ouchn.edu.cn](mailto:wsjkxmb@ouchn.edu.cn)