附件1： 中国初级卫生保健基金会健康中国千县工程

知“脊”少年百城计划项目

**培训单元认证预审表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | 医院评级 |  |
| 单位地址 |  | 邮编 |  | 医院性质 |  |
| 拟建单元 负责人 | 姓名 |  | 联系人 | 姓名 |  |
| 职务 |  | 职务 |  |
| 职称 |  | 职称 |  |
| 电话 |  | 电话 |  |
| 邮箱 |  | 邮箱 |  |
| 拟加入项目的原因 （期望获得哪方面资源或支持、加入项目可创造的价值等） |  |
| **科室基本情况** |
| 是否有开设脊柱专科/康复科 |  | 配备独立脊柱/康复科病房床位数 |  |
| 列举其他开展脊柱相关诊疗服务的门诊 |  | 已开展的脊柱相关诊疗项目 |  |
| 脊柱相关患者 年门诊治疗人次 |  | 脊柱相关患者 年收治人数（住院人数） |  |
| 医生人数 | 正高职称 |  | 治疗师人数 | 正高职称 |  |
| 副高职称 |  | 副高职称 |  |
| 其他 |  | 其他 |  |
| 是否曾参与脊柱相关医联体 |  | 是否曾被授予脊柱相关牌匾/称号或技术认证/称号 |  |
| 曾参与的脊柱筛查项目次数 |  | 曾开展脊柱相关培训班次数 |  |
| **科研成果情况** |
| 是否有既往已完成或正在进行的脊柱相关课题 |  | 已完成课题数量 |  | 进行中课题数量 |  |
| 是否曾发表过脊柱相关文章、科研成果等 |  | 文章数量 |  | 专利成果数量 |  |
| **预审意见** |
| 对该单位预审意见如下：签 字（盖章）：  日 期： |
|
|
|
|