附件3 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

**培训单元认证申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | 医院级别 |  |
| 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 |  |
| **入选条件自查** |
| **序号** | **入选条件** | **是否符合** | **具体描述** | **填写要求** |
| **高级培训单元** | **培训单元** | **初级培训单元** |
| 1 | 符合中华医学会、中国医师学会、中国康复学会主委或副主委单位 |  |  | 中华医学会、中国医师学会、中国康复学会的副主委或省级主委 | 省级中华医学会、中国医师学会、中国康复学会的副主委或地级市的主委 | 地级或市级中华医学会、中国医师学会、中国康复学会的常委或省级学会委员 |
| 2 | 医院具备开展脊柱侧弯的条件 |  |  | 必备条件！需列出具体场地、主要负责人员及诊疗的核心设备、系统和技术等，并注明医院是否可以拍X光全长片和是否可以进行支具矫正 |
| 3 | 政府授予脊柱侧弯中心的牌匾/称号或国家授予相关技术认证/称号 |  |  | 请填写被授予的称号名称，并附上牌匾图片（后附附件3-1） |
| 4 | 属于国家或省级质控中心单位 |  |  | 省级质控中心的专家成员 | 地区级质控中心专家成员 | / |
| 5 | 曾联动多级政府参与脊柱侧弯筛查和管理工作 |  |  | 请填写曾联动政府政府的那几个部门，并有文件或会议图片支持（后附附件3-2） |
| 6 | 获得政府配套资金或文件进行脊柱侧弯筛查和管理工作 |  |  | 配套资金来源，附相关文件图片（后附附件3-3) | 开展区域脊柱侧弯筛查和管理工作（后附附件3-3) | 医院开展脊柱侧弯筛查和管理工作（后附附件3-3) |
| 7 | 已搭建脊柱侧弯的培训体系并成功开展2次以上的脊柱侧弯培训 |  |  | 已有脊柱侧弯的培训体系，并提供主题和培训内容（后附附件3-4） | 已经开展区域培训至少2次以上，并提供培训图片或主题（后附附件3-4） | 成功开展2次以上脊柱侧弯培训（后附附件3-4） |
| 8 | 曾开展脊柱侧弯筛查和科普公益活动3次以上 |  |  | 请说明开展活动次数及图片（每次一张即可）（后附附件3-5） |
| 9 | 属于脊柱侧弯相关专科联盟或医联体的牵头单位 |  |  | 为省级相关科室的牵头单位  | 为地市级相关科室的牵头单位 |  / |
| 10 | 参与省级及以上单位的脊柱侧弯的科研课题 |  |  | 请注明是国家级或省级科研课题全称 |
| **已具备条件** |
| （科室建设、脊柱相关学科、硬件基础、人才队伍、科研成果等） |
| **申请原因** |
| （期望获得哪方面资源或支持、加入项目可创造的价值等） |
| **审批及意见** |
| 综合得分 |  | 认证单元等级 |  |
| 对该单位的申请审批及意见如下：签 字（盖章）：  日 期： |
|
|
|
|

附件3-1

附图，请填写被授予的称号名称，并附上牌匾图片（后附附件3-1）

附件3-2

附图，请填写曾联动政府政府的那几个部门，并附上相关文件或会议图片等

附件3-3

附图，

申请高级培训单元：需将配套资金来源，相关文件图片附上；

申请培训单元：需将开展区域脊柱侧弯筛查和管理工作的相关图片和日程通知等附上；

申请初级培训单元：需将医院开展脊柱侧弯筛查和管理工作的图片或会议通知附上。

附件3-4

附图：

申请高级培训单元：请将已有的脊柱侧弯的培训体系，并附上主题和培训内容；

申请培训单元：将已经开展区域培训至少2次以上，并附上培训图片或主题；

申请初级培训单元：请将成功开展2次以上脊柱侧弯培训的主题和图片附上。

附件3-5

附图，请说明开展活动次数及图片（每次一张即可）附上