附件 2

**心血管核医学诊断技术能力提升项目**

**培训基地申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | 医院级别 |  |
| 医院类型 | □综合 □专科 | 所在省市 |  |
| 联系地址（含邮编） |  |
| 核医学科基本情况 |
| 核素心肌灌注 显像检查（例/年） | 静息检查： （例/年）； 负荷检查： （例/年）。 |
| 是否具备放射防护设备 | □是 □否 |
| 科室师资力量及人员配备 | 核医学科高级职称： 人，其中正高级职称： 人；科室医师： 人， 技术人员： 人，护士: 人。 |
| 是否为教学医院 | □是 □否 |
| 培训基地的培训硬件设施 |  |
| 近五年单位的研究团队承 担过的心血管核医学省/部级以上科研项目 |  |
| 近五年组织过的心血管核医学领域国家级继续教育培训班 |  |
| 近五年承担过的心血管核医学领域国家自然科学基金 |  |
| 近五年曾获得的心血管 领域省/部级科技奖励 |  |
| 近五年单位的研究团队发表过心血管核医学方向论文、著作 |  |
| 培训基地负责人意见（签字） | 承诺以上信息真实有效，签字：年 月 日 |

填表说明：

1.所填报的信息应当真实有效，有造假嫌疑者，一经查实，取消申报资格。

2.核素心肌灌注显像检查情况、师资力量及人员配备情况请填写2023年底数据，并附佐证材料，如人员资格证书等。

3.加盖公章应当为医疗机构公章或其主管行政部门章。

附件 3

**心血管核医学诊断技术能力提升项目**

**培训基地负责人信息表**

省份： 医疗机构名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 年 龄 |  |
| 性 别 |  | 民 族 |  |
| 技术职称 |  | 行政职务 |  |
| 从事临床/教育/培训总年数 |  |
| 联系电话 |  | 联系邮箱 |  |
| 通讯地址 |  |
| 负责人工作经历 |  |
| 本人签字 | 承诺以上信息真实有效，签字：年 月 日 |
| 单位盖章（签字并盖章） | 签字：年 月 日 |

填表说明：

1.所填报的信息应当真实有效。

2.申请培训基地负责人应当符合以下要求：

（1）遵守职业道德，有较强的事业心和责任感，身体健康；

（2）具有副高级及以上专业技术任职资格；

（3）有较强的组织协调能力，为人正直，秉公办事；

（4）热心并能够胜任中心相关工作，并能保证相应工作时间等。

3.加盖公章应当为医疗机构公章或其主管行政部门章。

附件 4

**心血管核医学诊断技术能力提升项目培训基地**

**培训讲师信息汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 专业 | 姓名 | 年龄 | 科室 | 技术职称 | 联系电话 | 联系邮箱 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |

培训基地负责人签字：

（单位盖章）

填表说明：

1.所填报的信息应当真实有效。

2.基地培训讲师应当符合以下要求：

（1）遵守职业道德，有较强的事业心和责任感，能够胜任培训授课相关工作，并能保证相应工作时间等。

（2）具有副高级及以上专业技术任职资格。

3.加盖公章应当为医疗机构公章或其主管行政部门章。