附件1

南昌市残疾人康复专业技术人员市级

规范化培训基地申报书

申报单位：

申报类别：

填表日期：

填报说明

一、申报类别

1.视力残疾康复专业技术人员市级规范化培训基地

2.听力语言残疾康复专业技术人员市级规范化培训基地

3.肢体残疾康复专业技术人员市级规范化培训基地

4.智力残疾康复专业技术人员市级规范化培训基地

5.精神残疾康复专业技术人员市级规范化培训基地

6.孤独症康复专业技术人员市级规范化培训基地

7.辅助器具适配专业技术人员市级规范化培训基地

二、每单位申报多个培训基地类别须分别填写本表。

三、填报内容须详尽、属实、不漏项，内容较多时可另附页。

四、提交申报书(原件)时，须同时提交相关证明材料(复印件)，并提交电子版。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位负责人 | |  | | | | | 联系方式 | |  | | |
| 市级规范化培训基地负责人 | |  | | | | | 联系方式 | |  | | |
| 机构资质 | | | | | | | | | | | |
| 申报单位类别 | 高等  院校 | | 科研  机构 | | 医疗  机构 | | | 残疾人康复/辅具中心 | | 其他： | |
| 是否为省/市级康复机构、医学中心或相关区域中心 | | | | 是 否 | | 是否为相关高校认定的教学医院（基地） | | | | | 是 否 |
| 是否已获批为住院医师规范化培训基地的医院 | | | | | 是 否 |
| 申报理由（简述目的、既往工作等） | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 申报条件（对照遴选条件详述） |
|  |
| 申报单位负责人签名： 单位盖章：  年 月 日 |