附件3

**医疗美容机构评价试点**

**申报书**

**申报单位（盖章）：**

**申报日期：**

**中国整形美容协会 制**

|  |
| --- |
| 一、基本情况 |
| 机构名称 |  |
| 地 址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 传真电话 |  |
| 机构实际开放床位数 |  | 机构业务用房建筑面积 |  m2 |
| 机构人数（有四险一金人员） | 人，其中卫生技术人员数 人，管理人员数 人； |
| 法定代表人 |  | 联系电话 | （办）： （手机）： |
| 主要负责人 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系电话 | （办）： （手机）： |
| **（一）技术队伍情况** |
| **1．医师人员一览表** |
| 姓 名 | 性别 | 出生年月 | 学历学位 | 职称 | 专 业 | 从事本专业年限 | 学术团体及杂志担任职务 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：人员较多，可另附页。

|  |
| --- |
| **2．护理人员一览表** |
| 姓 名 | 性别 | 出生年月 | 学历学位 | 职称 | 专 业 | 从事本专业年限 | 学术团体及杂志担任职务 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3．职称结构** |
|  | 总 计人 数 | 职称分类 |
| 正高级 | 副高级 | 中 级 | 初 级 |
| 合 计 |  |  |  |  |  |
| 卫 生技 术人 员 | 小 计 |  |  |  |  |  |
| 医 师 |  |  |  |  |  |
| 护 士 |  |  |  |  |  |
| 技术人员 |  |  |  |  |  |
| 管理人员 |  |  |  |  |  |
| 其 他 |  |  |  |  |  |
| **（二）医疗服务能力和水平** |
| **1.常规技术** |
| 常规技术名称 | 近五年开展例数 |
|  年 |  年 |  年 |  年 |  年 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：常规技术较多，可另附页。

|  |
| --- |
| **2.重点技术** |
| 重点技术名称 | 近五年开展例数 |
| 年 | 年 | 年 | 年 | 年 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **3.特色技术** |
| **特色技术名称** | 近五年开展例数 |
|  年 |  年 |  年 |  年 |  年 |
|  |  |  |  |  |  |
| 特色技术先进性 |
| □国内最早 □国际最早 □国内领先 □国际领先 |
| 特色技术应用情况说明： |
| **特色技术名称** | 近五年开展例数 |
|  年 |  年 |  年 |  年 |  年 |
|  |  |  |  |  |  |
| 特色技术先进性 |
| □国内最早 □国际最早 □国内领先 □国际领先 |
| 特色技术应用情况说明： |

注：特色技术项目较多，可另附页。

|  |
| --- |
| **4.近五年新技术、新业务** |
| 新技术新业务名称 | 开展年度 | 开展例数 | 新技术新业务先进性 |
|  |  |  | □国内最早 □国际最早 □国内领先 □国际领先 |
|  |  |  | □国内最早 □国际最早 □国内领先 □国际领先 |
|  |  |  | □国内最早 □国际最早 □国内领先 □国际领先 |
|  |  |  | □国内最早 □国际最早 □国内领先 □国际领先 |
|  |  |  | □国内最早 □国际最早 □国内领先 □国际领先 |
|  |  |  | □国内最早 □国际最早 □国内领先 □国际领先 |
| **（三）人才培养** |
| **1．近五年派出学历学位教育情况** |
| 姓 名 | 在职深造学历学位 | 在读院校（国内、外） | 学习年限 | 毕业年月 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **2．近五年派出进修培训** |
| 姓 名 | 在何单位进修 | 进修专业 | 进修时间（年月～年月） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **3．上年度派出参加国家级或省级继续医学教育项目情况** |
| 姓 名 | 参加继续教育项目名 | 继续项目类别 | 学习时间（年月～年月） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **（四）设备及配套** |
| **1．专用设备** |
| 仪器设备名称 | 型号规格 | 生产厂家 | 购买日期 | 金额（万元） | 运行状况 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2．相关科室配套设施** |
| 仪器设备名称 | 型号规格 | 生产厂家 | 购买日期 | 金额（万元） | 使用情况 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **真实性声明：**本人承诺所提供的资料真实、有效，愿意承担全部法律责任。医疗机构法定代表人（签字）： 单位公章 年 月 日 |
| **单位意见：** 负责签字人： （单位公章）年 月 日 |
| **省级医疗美容社会组织（委托的医疗美容评价机构）初评意见：** 负责签字人： （单位公章）年 月 日 |
| **专家组评审意见：**负责签字人： 年 月 日 |