全国残疾人康复专业技术人员国家级规范化培训基地

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国家级规范化培训基地

2.听力语言残疾康复专业技术人员国家级规范化培训基地

3.肢体残疾康复专业技术人员国家级规范化培训基地

4.智力残疾康复专业技术人员国家级规范化培训基地

5.精神残疾康复专业技术人员国家级规范化培训基地

6.孤独症康复专业技术人员国家级规范化培训基地

7.辅助器具适配专业技术人员国家级规范化培训基地

二、每单位最多申报2个培训基地类别，且须分别填写本表。

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。

五、属联合申报的，相关单位须分别填写本表，由牵头单位一并提交。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位负责人 | |  | | | | | 联系方式 | |  | |
| 国家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： |
| 是否为国家级康复机构、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） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 未来计划（简述如何开展培训、编写大纲及教材等工作） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 申报单位负责人签名： 单位盖章：  日期： | | | | | | | | | | |