

贵州省护理学会文件

Guizhou Nursing Association

黔护理学会发[2020]专培第13号

贵州省第五期糖尿病专科护士培训班报名

通知

各级医院护理部主任：

为了培养我省糖尿病专科护理人才，提高糖尿病专科护理人员素质，根据《贵州省专科护理领域护士培训管理办法（2013版）》及《贵州省卫生计生委办公室关于建立贵州省糖尿病专科护士培训基地的通知》等相关文件精神，贵州省糖尿病专科护士培训基地（贵州医科大学附属医院）拟于2020年9月1日至11月27日举办第五期贵州省糖尿病专科护士培训班。具体事项通知如下：

一、培训目的：

通过对糖尿病专科护士的培训考核及资格管理，促进医疗机构糖尿病专科护士队伍建设，规范护理行为，提高糖尿病专科护士健康教育水平和护理质量，为糖尿病患者的健康提供安全、有效的护理和健康指导。

二、培训对象：

- 持有中华人民共和国护士执业证书，并进行护士执业注册的护士；
- 热爱本职工作，具有奉献精神，工作责任心强，刻苦钻研业务，具有良好的医德修养；
- 具有3年以上临床护理工作经验，并在糖尿病专科工作1年以上。

三、培训内容与培训方式：

- 培训内容：按《贵州省专科护理领域护士培训管理办法（试行）》的要求，将进行相关理论知识、技能操作培训及临床实践。
- 培训方式：① 网络课程培训：160学时，全脱产4周
② 临床实践培训：320学时，全脱产8周

四、培训地点：

- 网络培训：省糖尿病专科护士培训基地（贵州医科大学附属医院）
- 临床实践：省糖尿病专科护士培训基地（贵州医科大学附属医院、贵州

省人民医院、遵义医科大学附属医院、贵州中医药大学第一附属医院、贵州中医药大学第二附属医院)

五、结业及授予学分:

1. 培训结束、考核合格后,经省专科护士培训专家委员会审核合格报领导小组批准,由贵州省护理学会颁发《贵州省糖尿病专科护士资格证书》。
2. 授予省级继续教育 I 类学分 10 分

六、报名方式:

1. 请填写附件 1《报名申请表》及附件 2《实习申请表》,加盖医院护理部公章后,将扫描件发送至邮箱(nfmkhs@163.com)进行报名,报名截止时间为 2020 年 8 月 21 日。学员资格经省护理学会审核通过后,5 日内缴费到省护理学会对公账户:中国农行贵阳云岩支行,帐号:23113001040002323 并截屏发送邮件至 nfmkhs@163.com 邮箱。(按报名先后顺序录取学员 70 名)

2. 重要注意事项:

- ① 不接收怀孕及有特殊原因学员,如有隐瞒且对之后 3 个月的理论及临床学习造成影响后果自负;
- ② 报名缴费成功后不能更换学员且不退费;
- ③ 临床实习基地原则上以学员填报为主,如超过实习基地接待人数,按报名缴费先后顺序安排,其余超出人员由基地统一调剂安排。

七、收费标准:

本次培训共收取统一费用 3000 元(包括:报名费、培训费、教材费、考试费、资格审核费及考核合格后的专科护士证)。培训期间住宿由学员单位及个人自行安排。临床实践期间所需用品如工作服、白鞋等请自备。

注:参加培训学员以培训基地审核资格合格后电话通知为准

联系人 姚丽 0851-86765931

附件: 1. 贵州省专科护士培训班报名申请表

2. 贵州省糖尿病专科护士培训班临床实习申请表

贵州省护理学会
贵州省糖尿病专科护士培训基地
(贵州医科大学附属医院)
2020 年 07 月 24 日

附件1

贵州省专科护士培训学员申请表

姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄:	职务职称:	工作年限:
身份证号:		护士注册号:		
工作单位:		工作部门:		
联系电话:		邮政编码:		
护理专业毕业院校:		毕业时间:		
目前学历: <input type="checkbox"/> 硕士 <input type="checkbox"/> 学士 <input type="checkbox"/> 本科 <input type="checkbox"/> 大专 <input type="checkbox"/> 中专				健康状况:
申请培训专科: <input type="checkbox"/> 重症监护 <input type="checkbox"/> 手术室 <input type="checkbox"/> 急诊急救 <input type="checkbox"/> 器官移植 <input type="checkbox"/> 儿科护理 <input type="checkbox"/> 肿瘤 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 糖尿病专科护理				
主要受教育经历 (从护校开始, 何时在何地学习, 含进修和短期学习等)				
主要工作经历 (从参加护理工作开始)				
主要专业成绩				
工作单位意见	负责人: _____ 盖章: _____ 年 月 日			

(本表复制有效)

填表日期: 年 月 日

附件 2

贵州省糖尿病专科护士培训班临床实习申请表

学员姓名：_____工作单位：_____所在科室：_____

序号	专科护士临床实习基地名称
1	
2	
3	

填表日期： 年 月 日