**浙江省审方实践培训基地申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | 医院等级 |  | |
| 一、医院概况： | | | | |
| 请包含医院规模及每月的门诊处方、病区药房和静配中心医嘱数量等 | | | | |
| 二、审方工作开展情况： | | | | |
| 请包含：  1、审方模式、处方/医嘱审核数量/比例、专职和兼职审方药师人数  2、可进行实践带教的审方药师信息（包括人数、开展审方工作的年限、职称、学历等）、可进行带教培训的场所、可容纳学员人数等 | | | | |
| 三、支持处方审核工作的信息系统 | | | | |
| 请包含系统名称及概况介绍 | | | | |
| 四、联系人信息 | | | | |
| 姓名： |  | 联系电话： | |  |
| 邮件地址 |  | 微信号 | |  |