**中国临床医学专业认证前期考察申请表**

名 称

单位负责人

单位地址

日 期

教育部临床医学专业认证工作委员会

2025年4月

**填表说明**

* **认证前期考察范围说明**

1. 为确保认证全覆盖，经国家正式批准开设本科（含长学制）临床医学专业的高等学校，在数据监测未达到临床医学专业认证现场考察基本指标时，工作委员会将制度性统筹安排认证前期考察。

* **申请表内容说明**

1. 认证前期考察申请表填写信息应能够反映学校在临床医学专业人才培养方面的整体情况，是教育部临床医学专业认证工作委员会是否接受学校申请临床医学专业认证前期考察的重要依据，请学校如实填写。如发现学校虚假填报信息，一经核实，取消本次临床医学专业认证前期考察申请资质。
2. 学校代码：教育部统一编排的5位号码。
3. 学校举办者：指学校的上级主管部门或为设置教育机构提供必要的经费和基本办学条件者，即投资兴办或提供教育经费的中央、地方政府部门或其他团体、组织、个人。
4. 学校主管部门：教育部或教育厅等上级主管部门。
5. 学校校区：指具有相对独立功能的校区的称谓。
6. 教学校级负责人：学校分管本科教学校级领导，如副校长或副书记。
7. 医学教学校级负责人：学校分管本科医学教学校级领导，如副校长或副书记。若与分管教学校级领导为同一人也需重复填写。
8. 医学院（部、中心）负责人：综合性大学中医学院（部、中心）的负责人。独立医科大学如不适用，可不填写。
9. 医学院（部、中心）教学负责人：综合性大学中医学院（部、中心）的本科教学负责人。独立医科大学如不适用，可不填写。
10. 教务负责人：学校本科教务处或本科生院负责人。如综合性大学设有医学教务处，则填写医学教务处长信息。
11. 党校办联系方式：学校校长办公室或党委办公室相关老师，接收认证结论等通知和公函。
12. 认证前期考察联系人：在专业认证前期考察的过程中与秘书处和专家组联系的负责人。认证前期考察联系人应熟悉学校临床医学教育情况。
13. 学制：有不同学制应予以分别填写，如3年制、5年制、6年制、“5+3”一体化、8年制、其他等。
14. 专业负责人：临床医学类专业中各专业负责人。
15. 表中近5年数据的年份请按照由远到近的顺序填写。
16. 专业简介：专业发展历程、专业规模、专业定位、专业特色等。如设置了不同学制及轨道，需分别说明不同之处。
17. 人才培养介绍：对照《本科医学教育标准—临床医学专业》，简述人才培养目标及人才培养目标的实现过程，包括课程设置、临床教学模式、教学方法、考核评价、师资队伍建设与成长、质量保证、人才培养成效等方面的基本情况和主要优势与不足。主体以本科临床医学专业为主，其他临床医学类专业或来华留学生临床医学专业本科教育项目等主要说明特色及不同之处，特别是是否与临床医学专业并轨培养。
18. 临床教学基地：包括附属医院、教学医院、实习医院和社区卫生实践基地。附属医院是医学院校的组成部分，与学校有隶属关系；学校对附属医院主要负责人具有任免权或附属医院党组织关系隶属于学校。教学医院必须符合下列条件：有省级政府部门认可作为医学院校临床教学基地的资质；学校和医院双方有书面协议；有能力、有责任承担包括临床理论课、见习和实习在内的全程临床教学任务；有完善的临床教学规章制度、教学组织机构和教学团队等。

临床教学基地的填写范围为承担各专业学生临床教学任务的基地,当前未承担临床教学任务的也需填入本表。

1. 执业医师考试通过率情况：包含本科临床医学类专业所有学生考试整体情况。各方向执业医师考试情况及特殊情况（如民族预科生），可提供附件说明。通过率计算说明：实践技能考试通过率=（实践技能考试通过人数/实践技能考试实考人数）\*100%；综合笔试考试通过率=（综合笔试考试通过人数/综合笔试考试实考人数）\*100%；总通过率=（综合笔试考试通过人数/实践技能考试实考人数）\*100%。
2. 学校意见：请填写学校申请接受临床医学专业认证前期考察的专业、考察时间的意向及其他需要特别说明的情况。

**一、单位基本信息**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校代码 |  | | | | | |
| 学校名称 | 中文名称 |  | | | | |
| 英文名称 |  | | | | |
| 学校网址 |  | | | | | |
| 学校地址 |  | | | | | |
| 学校举办者 |  | | | | | |
| 学校主管部门 |  | | | | | |
| 学校校区 | 校区1名称 | |  | | 所在省市 |  |
| 是否用于临床医学类专业教学 | | | |  | |
| 校区2名称 | | |  | 所在省市 |  |
| 是否用于临床医学类专业教学 | | | |  | |
| 校区X名称 | | |  | 所在省市 |  |
| 是否用于临床医学类专业教学 | | | |  | |
| 学校负责人 | 姓名 |  | | | 职务 |  |
| 电话 |  | | | Email |  |
| 教学校级负责人 | 姓名 |  | | | 职务 |  |
| 电话 |  | | | Email |  |
| 医学教学校级负责人 | 姓名 |  | | | 职务 |  |
| 电话 |  | | | Email |  |
| 医学院（部、中心）负责人 | 姓名 |  | | | 职务 |  |
| 电话 |  | | | Email |  |
| 医学院（部、中心）教学负责人 | 姓名 |  | | | 职务 |  |
| 电话 |  | | | Email |  |
| 教务负责人 | 姓名 |  | | | 职务 |  |
| 电话 |  | | | Email |  |
| 党校办联系人 | 姓名 |  | | | Email |  |
| 电话 |  | | | 传真 |  |
| 邮寄地址 |  | | | | |
| 认证前期考察联系人 | 姓名 |  | | | 职务 |  |
| 电话/手机 |  | | | Email |  |
| 邮寄地址 |  | | | | |
| 专业设置 | 填写临床医学类专业开设专业、学制及轨道情况。  以临床医学专业详情为例：   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 专业 | 学制 | 轨道 | | 临床医学 | 5年制 | 如普通班、改革/创新班、农村定向班、民族预科班、全科医班、英语班、来华留学生临床医学专业本科教育项目中文班\*等 | | 6年制 | 如来华留学生临床医学专业本科教育项目\*、台港澳班、双语班、英语班、俄语班、日语班等 | | “5+3”一体化 | 如普通班、儿科学方向、精神医学方向等 | | 8年制 | 如创新人才班、贯通班 | | 麻醉学 |  |  | | 医学影像学 |  |  | | 眼视光医学 |  |  | | 精神医学 |  |  | | 放射医学 |  |  | | 儿科学 |  |  |   备注：  1.学制包括3年制、5年制、6年制、“5+3”一体化、8年制、其他；  2.如轨道授课对象为来华留学生，请在轨道名称后面加\*。 | | | | | |

**二、本科临床医学类专业基本信息**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 专业名称 | 临床医学、麻醉学、医学影像学、眼视光医学、精神医学、放射医学、儿科学（本条目根据上一条目所勾选专业开设情况生成若干张表，每张表内按照学制生成对应数量的表单信息） | | | | | | | |
| 专业代码 |  | | | | | | | |
| 学制 | 3年制、5年制、6年制、“5+3”一体化、8年制、其他 | | | | | | | |
| 开办时间  （年-月） |  | | | | | | | |
| 学位名称  （中英文） |  | | | | | | | |
| 教学语言 | （ ）中文 （ ）英文 （ ）其他语言 | | | | | | | |
| 专业负责人 | 姓名 | |  | | 单位及职务 | |  | |
| 电话 | |  | | 邮箱 | |  | |
| 近5年招生人数 | 年 | 年 | | 年 | | 年 | | 年 |
| 人 | 人 | | 人 | | 人 | | 人 |
| 近5年毕业人数 | 年 | 年 | | 年 | | 年 | | 年 |
| 人 | 人 | | 人 | | 人 | | 人 |
| 近5年学位授予人数 | 年 | 年 | | 年 | | 年 | | 年 |
| 人 | 人 | | 人 | | 人 | | 人 |
| 专业简介（5000字以内，专业发展历程、专业规模、专业定位、专业特色等；如设置了不同学制及轨道，需分别说明不同之处） | | | | | | | | |

**三、本科临床医学类专业人才培养情况**

|  |
| --- |
| 人才培养介绍（5000字以内，简述人才培养目标及人才培养目标的实现过程，包括课程设置、临床教学模式、教学方法、考核评价、师资队伍建设与成长、质量保证、人才培养成效等方面的基本情况和主要优势与不足。主体以本科临床医学专业为主，其他临床医学类专业或来华留学生临床医学专业本科教育项目等主要说明特色及不同之处，特别是是否与临床医学专业并轨培养）  （本条目所有专业共填） |

**四、临床教学基地**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基地类型 | 基地名称 | 编制/实际开放床位数 | 医疗机构级别  （如三级甲等） | 所在  城市 |
| 附属医院 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 教学医院 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 实习医院 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 社区卫生实践基地 | 基地名称 | 编制/实际开放床位数 | 机构级别  （如一级甲等） | 所在  城市 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **近五年毕业生参加执业医师资格考试情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年份 | 实践技能 | | | 医学综合笔试  (全国统一线） | | 总通过率（%） (全国统一线） |
| 实考人数 | 通过人数 | 通过率（%） | 通过人数 | 通过率（%） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**六、学校意见**

|  |
| --- |
| 请选择本次申请临床医学专业认证前期考察的专业：(本条目根据学校勾选情况读取专业列表）  临床医学专业 是☑ 否□（默认是）  麻醉学 是□ 否□  医学影像学 是□ 否□  眼视光医学 是□ 否□  精神医学 是□ 否□  放射医学 是□ 否□  儿科学 是□ 否□  注：认证前期考察主要关注学校临床医学专业建设情况，暂不对麻醉学、医学影像学、眼视光医学、精神医学、放射医学、儿科学专业进行考察。在选择申请临床医学专业认证前期考察专业时，请仅选择临床医学专业。 |
| 请补充说明其他认证前期考察申请相关事宜：  学校负责人签字 学校公章  年 月 日 |