附件:

**口腔医学博士、硕士**

**专业学位试点单位申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位名称： | 名称： （公章） |
| 代码： |

申 请 试 办

专业学位级别

国务院学位委员会办公室制表

年 月 日填

Ⅰ、本单位申请开展口腔医学专业学位试点工作的必要性、可能性及质量保证措施

|  |
| --- |
| 申请单位： （公章）  年 月 日 |

注：总字数限于1500字以内。

Ⅱ、临床教学情况

Ⅱ-1、口腔医学研究生培养和住院医师规范化培训情况

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 博 士 | | 硕 士 | | 住院医师  规范化培训 | |
| 招生数 | 授予数 | 招生数  (不含7年制) | 授予数  (其中7年制) | 进入培训计划人数 | 合格人数 |
| 1990年 |  |  |  |  |  |  |
| 1991年 |  |  |  |  |  |  |
| 1992年 |  |  |  |  |  |  |
| 1993年 |  |  |  |  |  |  |
| 1994年 |  |  |  |  |  |  |
| 1995年 |  |  |  |  |  |  |
| 1996年 |  |  |  |  |  |  |
| 1997年 |  |  |  |  |  |  |
| 1998年 |  |  |  |  |  |  |
| 1999年 |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |
| 目前在校学生数 |  | |  | |  | |

Ⅱ-2、口腔医学学科博士、硕士学位授权点及其师资队伍情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学科专业名称 | 博点/硕点 | 教授人数 | 副教授人数 | 讲师人数 | 在岗博导人数 | 在岗硕导人数 | 已授博士人数/届数 | 已授硕士人数/届数（含7年制） | 住院医师规范化培训人数/届数 |
| 口腔内科 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口腔外科 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口腔修复 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口腔正畸 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ⅱ-3、对本单位口腔医学研究生培养质量和住院医师规范化培训效果的自我评价（应用相关的实例和统计数据）

|  |
| --- |
|  |

Ⅲ、临床科学研究数据

Ⅲ-1、1995年以来临床科研主要成果清单（限50项）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 成果名称 | 主要完成者 | 获奖名称、时间及等级 | 应用推广及其社会经济效益 |
|  |  |  |  |  |

注：可加附页

Ⅲ-2、97年1月至99年12月承担的主要临床科研课题清单（限30项）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 主持人姓名、职务 | 来源 | 起始时间 | 经费数额 |
|  |  |  |  |  |  |

注：科研课题不含纯基础研究

Ⅳ、临床基地培养条件（每个医院填写一页）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附属医院名称 |  | | | | | | |
| 医院等级 |  | | | 医院类型 | | 综合/专科 | |
| 年门诊量 |  | | | 接受进修医师数 | | 人/年 | |
| 用于临床教学科研仪器设备总值 万元， 实验室面积 平方米 | | | | | | | |
| 学科名称 | 主任医(护、师）数 | 副主任医（护、技）师人数 | 主治（管）医（护、技）师人数 | 病床数 | 其中：可用于临床教学的病床数 | 治疗椅数 | 其中：可用于临床教学的治疗椅数 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、病床数填写口腔医学床位数据；

2、学科名称按“口腔内科、口腔外科、口腔修复、口腔正畸”填写。

Ⅴ、组织管理

|  |
| --- |
| Ⅴ-1、现行的研究生和住院医师规范化培训管理机构、管理队伍及其管理水平。 |
| Ⅴ-2、拟采取何种管理办法保证专业学位工作的有序开展。 |

|  |
| --- |
| 本单位主管部门审核意见：  主管部门名称 （公章）  年 月 日 |