卫生健康人才职业技能培养项目

实训基地（工作站）设置与管理办法（暂行）

**第一章 总则**

第一条 国家开放大学与国家卫生健康委人才交流服务中心共同发起卫生健康人才职业技能培养项目（以下简称“项目），为规范项目实训基地（工作站）的设置与管理，保证培训质量，提高培训效益，根据国家的相关规定，特制定本办法。

第二条 本办法中实训基地是指符合卫生健康人才职业技能培养项目实训基地建设标准，按照卫生健康人才职业技能培养项目办公室（以下简称“项目办公室”）的相关规定，设立在国家开放大学办学体系、所属地级市为单位的社会培训（服务）机构，以社会及其他人员为服务对象的遴选单位。

第三条 本办法中的实训工作站是指符合卫生健康人才职业技能培养项目实训基地建设标准，按照项目办公室的相关规定，设立在中职、高职、本科等相关院校，以本校学生为服务对象的遴选单位。

**第二章 申报条件**

第四条 申报条件：

（一）主体条件

1.申报单位为事业单位的，宗旨和业务范围须包含非学历培训相关内容。

2.申报单位为民办非企业单位的，开办资金不少于50万，且具有当地教育行政部门或人力资源和社会保障部门颁发的“办学许可证”，截至申报时开展办学（培训）业务的时间不少于1年，年度各类培训服务人次不低于1000人。

（二）场地条件

1.具有固定的培训场地，教学服务设施齐备并相对集中，学习环境优良，交通便利，符合国家与地方有关安全、消防、卫生等方面的要求。办学场地为租赁的，租赁合同剩余期限距离申报时间不少于3年。

2.配备有与招生规模相匹配及满足每类证书方向的面授室（原则上不少于3个，容纳总量150人）或实训室（自有或租赁），具备承接相关培训项目的实训考核功能。

（三）人员要求

1.具有不少于4人有培训经验的专职招生、教务、考试等培训管理人员和网络管理与运维技术支持人员。

2.每类证书方向的线下培训师经项目办公室认证后方可上岗，人数不少于3人。

3.基于线上培训课程学习要求，辅导师配备须经项目办公室认证后方可上岗，师生比不小于1:200。

第五条 申报材料：

合作单位与项目办公室（或省级管理中心）洽谈,研讨设立实训基地（工作站）的可行性。期间,合作单位须提供以下材料:

（一）组织机构代码证复印件/办学许可证复印件/法人证书复印件。

（二）卫生健康人才职业技能培养项目实训基地（工作站）申请表（见附件1）。

（三）必要的教育教学管理师资、场地租赁等证明文件及相关承诺书。

（四）必要的相关管理制度、培训质量管控措施及管理办法、项目实施可行性方案。

**第三章 审核审批**

第六条 项目办公室负责组织对申报单位提交的材料于5个工作日内完成初审。

第七条 项目办公室负责组织对申报单位进行实地考察。

第八条 根据申报材料及实地考察情况，项目办公室对评审合格的实训基地（工作站）通过国家开放大学官方网站进行公示。

第九条 公示通过后方可开展相关工作。

**第四章 实训基地（工作站）管理与评估**

第十条 实训基地（工作站）管理。

实训基地（工作站）实行三级管理，其中：项目办公室为一级管理机构，负责全国范围实训基地（工作站）的统筹管理。省级管理中心作为二级管理机构，负责本省的实训基地建设与管理、过程监管、业务指导与培训等。实训基地（工作站）为三级管理机构，负责项目生源组织、教学、实训、过程性考核等工作。

第十一条 实训基地（工作站）评估

实训基地（工作站）须严格按照本管理办法开展项目工作，评估检查过程中，出现下列情况之一的，国家开放大学可视情节轻重给予限期整改、暂停合作、取消资格等通报处理，同时保留追究相应责任的权利。

（一）拒不接受项目办公室业务工作指导及督导检查工作的。

（二）违反项目管理办法要求进行夸大宣传、虚假宣传及其他不恰当宣传的。

（三）利用实训基地（工作站）名义，从事超过规定业务范围活动的。

（四）上报资料中存在弄虚作假、谎报数据情况的。

（五）无正当理由，连续三个月未组织项目生源及培训工作的。

（六）存在其他违反国家法律、法规及本管理办法的。

（七）实训基地（工作站）将项目生源组织、推广权力转包给其他单位的。

（八）不再具备独立法人资格，或其具有法人资格的上级单位撤销授权的。

（九）未通过年度审核的。

**第五章 附则**

第十二条 本办法由项目办公室负责解释。

第十三条 本办法自印发之日起施行。

附件：卫生健康人才职业技能培养项目实训基地（工作站）申请表

附件：

卫生健康人才职业技能培养项目

实训基地（工作站）申请表

**填报单位： （**加盖公章**）**

**通讯地址：**

**邮政编码： 单位电话：**

**电子邮件：**

**联系人： 办公电话: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**移动电话: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**填报时间：**

**卫生健康人才职业技能培养项目办公室印制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申报单位基本情况** | | | | | | | | | | |
| 申报单位（盖章） | | |  | | | | | 法人代表 | |  |
| 单位地址 | | |  | | | | | | | |
| 单位性质 | | |  | | | | | 办学实体 | |  |
| 所在行政区 | | |  | | | | | 联 系 人 | |  |
| 固定电话 | | |  | | | | | 移动电话 | |  |
| 注册资金（万元） | | |  | | | | | 正式员工数 | |  |
| 统一社会信用代码 | | |  | | | | | | | |
| **申请报告** | | | | | | | | | | |
| 内容包括：申报单位基本情况（办公地址、培训场地、师资及管理人员、配套设施等）、申报单位既往培训经历（申报单位独自开展或与其他单位合作开展的非学历培训情况等）、拟申请或新增的培训项目以及预计培训规模、发展规划与保障措施《实训基地（工作站）设置成功后的发展规划和后续保障培训业务的有效措施》。  负责人：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **已有基础** | | | | | | | | | | |
| 近3年培训规模 | | | 年度 | 培训项目名称 | | | | | 年培训总人数 | |
|  |  | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | |
| **师资情况** | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 专业 | | 职称 | 人员  性质 | 工作单位 | | 手机号 | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
| **办学条件** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 实训  教室 | 共有 间，实训设备清单另附页 | | | | | | | | | |
| 普通  教室 | 共有 间，其中 间教室配置有电视机，共 台 | | | | | | | | | |
| 多媒体教室 | 共有 间，配备联网计算机 台 | | | | | | | | | |
| 视频投影仪 台，支持 🞎视频信号接入 🞎音频信号接入 🞎RGB信号接入 | | | | | | | | | |
| 大屏幕投影电视 台，支持 🞎视频信号接入 🞎音频信号接入 🞎RGB信号接入 | | | | | | | | | |
| 实物投影仪 台 | | | | | | | | | |

**填表及申报说明**

一、此表供申请设立卫生健康人才职业技能培养项目实训基地（工作站）时使用。如填写内容较多，可另加附页。

二、“单位性质”按照“公办”或“民办”选择填写。“办学实体”按普通高等院校（高职高专）、成人高等院校、中职/中专、独立设置的电大、党校、教师进修学校、职业类培训学校、社会团体、其它等选择填写。“所在行政区”具体到所在地级市，如“北京市海淀区”、“山东省济南市”等。“人员性质”按专职或兼职填写。

三、按选择方式填写的，在选项前的“□”内打“√”，现有选项无适合选项的，在“其他”项前的“□”内打“√”，并在“其他”项后注明具体情况。

四、申报单位需要提供的支撑材料：教学场地、办公场所、硬件设施等照片；资质证明（扫描件）；法定代表人身份证（扫描件）；办学场地自有房产权属证书或符合租赁期限要求的租赁合同；教学及管理人员人事关系证明、执业资格证明等。相关管理制度、培训质量管控措施及管理办法、项目实施可行性方案。

五、卫生健康人才职业技能培养项目办公室

联系人：张 森 联系电话： 010-66490395 18514229007

王砚章 联系电话： 010-66490058

联系邮箱：[wsjkxmb@ouchn.edu.cn](mailto:wsjkxmb@ouchn.edu.cn)