关于招收精神康复理论与临床实践技能

进修班通知

各有关单位：

无锡市精神卫生中心是一家以精神康复为特色的三级甲等精神病专科医院，精神障碍的作业疗法、音乐疗法、康复护理等目前是医院的特色品牌项目。由无锡市精神卫生中心和中国残疾人康复协会心理康复专业委员会共同主办的“全国精神科康复治疗研讨会”至今已经连续举办14期，先后有超过1400人次精神康复从业人员参加历届研讨会，研讨会已经成为国内精神康复从业人员互相交流的平台。2020年由于疫情防控需要我们暂停了精神科康复治疗研讨会的举办，为提升我国精神康复服务质量，促进精神康复医学的健康发展，我们拟推出精神康复理论与临床实践技能进修班，每期不超过8人，进修时间为半年。

一、培训目标及参加培训人员

1.精神科执业医师：具备全面康复观念，掌握康复及康复医学的基本理论、基础知识和基本技能；掌握精神康复评估的基本理论和方法，并能运用于康复临床；熟悉精神康复治疗的基本知识；掌握常见精神疾病的康复流程，建立良好的临床思维和处理康复问题的能力；学习课题设计方法，拓展科研能力。

2.康复治疗师：具备全面康复观念，掌握康复和康复治疗及评估的基本理论、熟练运用MOHO、PEO等理论参考架构指导实践；掌握精神科治疗性作业活动的设计及开展；掌握精神科作业治疗个案管理、团体治疗、职业康复和社区精神康复技术。

3.精神科护士：具备全面康复观念，掌握康复及康复护理的基本理论、基本知识和基本技能；了解康复医学科常见疾病的康复流程，能结合各地临床需要，按医嘱逐步开展康复护理。

各单位可以单独选派以上人员参加培训，但为使新建或即将组建精神康复病区的医疗及康复机构，能顺利开展康复工作，建议有条件的单位可以选派医师、治疗师和护师各1名，组成团队同时参加学习。

二、培训地点及时间

培训地点：无锡市精神卫生中心

培训时间：2020年7月中旬（暂定），具体开班报到时间另行通知学员。培训周期为全职脱产六个月。本次培训学员限招8人。

三、进修费用

进修费：6000元/人，交通食宿费用自理。

支持银行转账，开户名：无锡市精神卫生中心 开户行：建行无锡分行营业部 账号：32050161863600002897

四、联系方式

联系人：王老师，周老师 联系电话：0510-83219310， 13358118961，13358118962。

邮寄地址：江苏省无锡市钱荣路156号无锡市精神卫生中心科教处，214151

邮 箱：[wanglin5757@163.com，zxqwxmhc@126.com](mailto:wanglin5757@163.com，zxqwxmhc@126.com)

无锡市精神卫生中心

2020年5月28日

编号：



南京医科大学附属

无锡精神卫生中心

**进 修 申 请 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 身份证号 | |  | |
| 民族 |  | 学历 |  | 职　　称 |  | 职　　务 | |  | |
| 通讯地址、电话 | |  | | | | | | | |
| 医师资格证书编号 | |  | | | 医师（护士）执业证书编号 | |  | | |
| 执业类别及范围 | |  | | | 注册执业地点 | |  | | |
| 申请进修专业 | | 精神康复 | | 进修期限 | 半年 | | 填表日期 | |  |

注：另需附学历、学位证书、职称证书、医师资格证书及医师（护士）执业证书复印件，申请表由本人填写，加盖单位公章后寄无锡市钱荣路156号无锡市精神卫生中心科教处收，邮编214151，联系电话：0510-83219310，0510-83012201（传真）。

请正反面打印。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 专业学习经历 | 自何年月起 | 至何年月止 | 学 校 名 称 | 毕业或肄业 | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
| 主要工作经历 | 自何年月起 | 至何年月止 | 单 位 名 称 | 从事专业 | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
| 家庭主要成员 | 姓 名 | 与本人关系 | 工 作 单 位 | 职 务 | 政治面貌 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 选  送  单  位  意  见 | 选送单位（盖章）  年 月 日 | | | | |
| 接受单位审查意 见 | 接受单位（盖章）：  年 月 日 | | | | |
| 需说明事项 |  | | | | |