**安徽医科大学标准化病人使用申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| **申请单位或部门** |  |
| **申请负责人** |  | **联系方式** |  |
| **申请时间** |  | **使用时间** |  |
| **申请事由** | 培训□ 教学□ 考核□ 其他□ |
| **剧 本** | 需要□ 不需要□ | **剧本培训** | 需要□ 不需要□ |
| **申请需求** | 男性人数： | 年龄范围： |
| 女性人数： | 年龄范围： |
| **申请单位或部门** | **领导签字（盖章）：** **年 月 日** |
| **安徽医科大学****标准化病人（SP）****培训基地审批** | **领导签字（盖章）：** **年 月 日** |

请于使用前至少三天申请，并将申请表发至邮箱：ahmusp@ahmu.edu.cn。

使用注意事项：

1. 确保标准化病人安全。
2. 使用前确定使用时间，确定后不得随意更改。
3. 配有相关工作人员做好标准化病人引导工作。
4. 配有可供标准化病人休息的场所，工作时长三小时及以上须提供饮食。
5. 按时按量发放劳动报酬。

联系电话：0551-65160360 凌老师