际协认证申请：CEAIEQA-BMEAIS-A-20210X号

来华留学生临床医学专业本科教育

（英语授课）质量认证

初次认证

申 请 表

学校名称：

认证联系人：

手 机：

传 真：

邮 箱：

申请时间：

中国教育国际交流协会

1. 学校基本信息
2. 建校时间： 年，法定代表人：

注册地址[[1]](#footnote-0)：

注册资本/币种（元）： ，统一社会信用代码：

1. 是否为委托培养中国政府奖学金来华留学生院校：是□ 否□
2. 是否为中国教育国际交流协会会员单位： 是□ 否□
3. 是否通过中国教育国际交流协会来华留学生高等教育质量认证：是□ 否□， 认证有效期：
4. 来华留学生临床医学专业本科教育(英语授课）（以下简称MBBS）项目基本信息
5. 学校开办本科临床医学专业时间： 年
6. 学校是否通过教育部临床医学专业认证：是□ 否□，认证有效期：
7. 学校招收临床医学专业本科来华留学生时间：\_\_\_\_年，招收临床医学专业本科来华留学生（英语授课）时间：\_\_\_\_年，进入教育部MBBS项目院校名单的时间：\_\_\_\_年

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年度 | MBBS招生计划数 | MBBS实招人数 |
| 2020-2021 |  |  |
| 2019-2020 |  |  |
| 2018-2019 |  |  |

4. MBBS项目归口管理机构：

名称

地址 邮编

负责人姓名 职务 专业技术职务

手机 电子邮箱 电话

MBBS项目归口管理机构是否与学校来华留学生归口管理机构一致：是□ 否□

如否，学校来华留学生归口管理机构名称：

负责人姓名 职务 专业技术职务

手机 电子邮箱 电话

1. MBBS项目认证标准“必须符合项”符合情况

请根据办学情况据实填写以下问题：

1. 学校具有教育部批准的临床医学专业本科招生资质。

是否符合：是 □ 否 □

1. 学校具有基础医学和临床医学一级学科硕士学位授权点。

是否符合：是 □ 否 □

1. 学校具有直属综合性三级甲等附属医院。

是否符合：是 □ 否 □

1. MBBS项目任课教师以本校教师为主，占比不低于80%。

是否符合：是 □ 否 □

1. MBBS项目基本学制为六年。

是否符合：是 □ 否 □

1. 汉语及医学汉语纳入MBBS项目必修课程，贯穿临床实习前的教学全过程。

是否符合：是 □ 否 □

1. MBBS项目学生在本校附属医院或教学医院完成临床实习。

是否符合：是 □ 否 □

1. MBBS项目临床实习结束后进行临床技能考核，纳入来华留学生毕业考试。

是否符合：是 □ 否 □

1. MBBS项目有明确的招生录取标准。

是否符合：是 □ 否 □

1. 学校建立并实施MBBS项目入学考试制度。

是否符合：是 □ 否 □

四、MBBS项目开展情况概述（1500字以内）

|  |
| --- |
| 建议要点：项目发展历程、基本数据、办学条件、管理和服务体制机制、课程与教学安排、质量保障机制；特色与优势、问题与不足等。 |

### 申请理由（1000字以内）

建议要点：

申请认证的目的，对认证在MBBS项目发展、学校临床医学专业建设等方面预期发挥的作用和产生的影响等。

六、申请承诺

|  |
| --- |
| 本单位自愿申请参加中国教育国际交流协会开展的来华留学生临床医学专业本科教育（英语授课）质量认证项目，并对以下事项作出郑重承诺：1. 认真贯彻执行国家和地方有关来华留学教育和医学教育政策法规和规范标准；

 2.仔细阅读并完全接受《来华留学生临床医学专业本科教育（英语授课）质量认证规则》（版本编号：CEAIEQA-BMEAIS-R-202101）、《来华留学生临床医学专业本科教育（英语授课）质量认证标准》（版本编号：CEAIEQA-BMEAIS-ST-202101）和《来华留学生临床医学专业本科教育（英语授课）质量收费办法（试行）》（版本编号：CEAIEQA-BMEAIS-F-202101），承诺在认证过程中履行相应的义务和责任；3. 所提供信息均真实准确，同意信息公开并接受社会监督。若信息失实，自愿终止认证程序。**学校负责人签名：****学校盖章：** |

1. 注册地址如与实际办学地址不同，请注明 [↑](#footnote-ref-0)