



中国性学会

中国性学会护理学分会关于举办“性治疗专科护士” 及“性治疗技术”培训班的报名通知

随着医疗技术的飞速发展和患者需求的日益多元化，为加强男科护理的发展，改善患者性功能障碍问题，缓解患者性心理障碍，弥补性知识缺乏，促进伴侣关系和谐，提升亲密关系，根据临床护理的需求及实际情况安排，在中国性学会培训认证中心的支持下，中国性学会护理学分会计划于2025年9-10月举办“性治疗专科护士”及“性治疗技术”培训工作，此次培训邀请了国内外性治疗、性心理、性教育、男科、妇产科等领域的专家，进行系统的理论授课和实践培训，由于名额有限，每个单位报名人数不超过2人，具体招生安排如下：

一、招生对象

国内从事性治疗、性学及男科的护理人员、技师、医生，拟招生人数40人

二、招生资质

1. 具有良好的思想品德和高尚的职业道德；
2. 临床注册护士、注册医师、注册技师；
3. 大专及以上学历；



中国性学会

4. 原则上 40 周岁以下；
5. 具有 5 年以上的专科临床经验。

以上条件请各医院护理部、医务处严格把关，一旦发现不符合要求的，取消该学员报名资格，并酌情减少该医院下一年度的报名人数。

三、培训时间

2025 年 9 月底至 10 月

四、培训地点

江苏南京，具体地点开班前另行通知

五、培训内容及费用

包含理论培训及实践培训

培训费（含培训费、实习费、资料费、证书费等）共 20000 元/人，食宿自理，回原单位报销，具体缴费方式见报到通知。

六、培训报名

1. 报名时间：即日起开始报名，截止时间为 2025 年 6 月 30 日 24:00 前（逾期不再补报）

2. 报名方法：填写《性治疗专科护士/性治疗技术培训学员报名表》（附件 1）及《性治疗专科护士/性治疗技术培训学员报名汇总表》（附件 2），均由经本单位推荐统一签字盖章。将盖章后的报名表、汇总表、身份证、毕业证书、学位证书、执业资格证书（执业证



中国性学会

照片页+最近一次注册时间、地点页)、职称证书的扫描件发至邮箱 guyi1650452765@163.com, 并注明“性治疗专科护士/性治疗技术培训班报名+医院名称+姓名”。

3. 录取

学员拟录取名单由中国性学会护理学分会分管培训班组织审核、公示后发放录取通知书。

七、联系方式

秦 雪 18021509612

万 娟 15205186701

车晓艳 13584045852





中国性学会

附件 1:

性治疗专科护士/性治疗技术培训学员报名表

姓名		性别		照片 (小二寸正面彩色免冠)
出生年月		最高学历		
毕业院校		英语水平		
职称		职务		
身份证号		临床 专科年限		
工作单位		目前所在科室		
医院等级		床位数		
单位发票抬头		单位税号		
开始工作时间	_____年_____月			
联系地址	(邮编: _____)			
联系电话		邮 箱		
护理部	联系人:	联系电话:	邮箱:	
工作经历(工作后各专科轮转经历)				
以往参加过何种相关培训或进修				
发表相关论文及科研项目				



中国性学会

<p>单位推荐意见</p> <p>(盖章)</p> <p>年 月 日</p>	<p>培训基地意见:</p> <p>(盖章)</p> <p>年 月 日</p>	<p>性学会意见:</p> <p>(盖章)</p> <p>年 月 日</p>
--	---	--

注：以上填写信息真实有效，若有虚假成份，报名资格自动失效。



中国性学会

附件 2:

性治疗专科护士/性治疗技术培训学员报名汇总表

_____ 医院

姓名	年龄	职称/职务	所在科室		联系电话	电子邮箱

单位盖章: