附件1

中医全科医生转岗（岗位）培训过程考核登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **身份证号** |  | **联系电话** |  |
| **培训基地** |  | **最高学历** |  |
| **培训医院** |  | **培训专业** |  |
| **培训起****止时间** |  年 月至 年 月 | **培训时限（月）** |  |
| 一、理论培训 |
|  培训时间 |  年 月至 年 月 | 培训单位 |  |
| 二、基层培训 |
|  培训时间 |  年 月至 年 月 | 培训单位 |  |
| 三、临床培训 |
| 培训时间 | 轮转科室 | 出科考核成绩（分） | 备注 |
|  年 月至 年 月 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 |  |  |  |
|  经审核，考生已按照国家相关中医全科医生转岗（岗位）培训规定的培训内容与标准，完成了有关理论、临床、基层实践培训内容并且出科考核合格。  基地主任（签字）： 培训基地（盖章）： 年 月 日 |

中医类别助理全科医生培训过程考核登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **身份证号** |  | **联系电话** |  |
| **培训基地** |  | **最高学历** |  |
| **培训医院** |  | **培训专业** |  |
| **培训起止****时间** | 年 月至 年 月 | **培训时限（月）** |  | **申请结业****考核时间** |  |
| **培训轮科及年度考核情况**（可增加行） |
| 培训时间（登记至201 年 月 日） | 轮转科室 | 带教老师 | 出科考核成绩（分） | 备注 |
| 一、临床培训 |
|  年 月至 年 月 | 急诊科（含院前急救） |  |  |  |
|  年 月至 年 月 | 中医外科 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 | 中医妇科 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 | 中医儿科 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 | 针灸科 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 | 推拿科 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 | 中医康复科 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 | 中医骨伤科 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 | 中医眼科 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 | 中医耳鼻咽喉科 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 | 临床护理 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 | 辅助科室 |  |  |  |
| 二、基层实践 |
|  年 月至 年 月 |  |  |  |  |
| 三、理论培训 |
|  年 月至 年 月 | 全科医学基本理论与职业理念和综合素质相关课程 | 合格 |
|  年 月至 年 月 | 临床医疗服务相关课程 | 合格 |
|  年 月至 年 月 | 基层全科医疗与公共卫生服务相关课程 | 合格 |
|  经审核，考生已按照国家《中医类别助理全科医生培训标准（试行）》规定的培训标准，完成了既定专科轮科、培训内容并且出科考核合格，师承考核合格。  基地主任（签字）： 培训基地（盖章）： 年 月 日 |