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 | | | | | | | | | |