**连云港市第二人民医院接受进修人员所需材料清单**

1、接受进修人员登记表一式两份（单位加盖公章）（见附件1）

2、单位介绍信（附件2）

3、执业医师资格证、注册证原件及复印件1份

4、助理执业医师、资格证原件及复印件1份

5、执业护士资格证、执业护士注册证及复印件

6、职称证证书原件及复印件1份

7、学历、学位证原件及复印件1份

8、照片三张（1寸一张，小2寸两张）

附件1

**编 号：**

**卫 生 人 员 进 修 登 记 表**

**进 修 者 姓 名**

**进修课目**

**进修起止时间**

**选送单位**

**连云港市第二人民医院**

**年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | | | 性别 | | |  | | | 出生年月 | | |  | | | | ︵  一 进  寸 修  照 后  片 张  贴  ︶ | |
| 民 族 |  | | | | | 文化程度 | | | |  | | | | | 政治面貌 | | |  | | |
| 现在工作单位 | | | | |  | | | | | | | | 单位所在地 | | |  | | | | |
| 何时参加工作 | | | | |  | | | | | | | | | 何时参加卫技工作 | | | | | 年 月 日 | | | |
| 现从事何专业或工种 | | | | | | |  | | | | | | | | | 技术职务 | | | |  | | |
| 家庭住址 | | | |  | | | | | | | | | | | | 健康状况 | | | |  | | |
| 主  要  专  业  学  历 | | 时 间 | | | | | | | | | | 学 校 及 专 业 | | | | | | | 毕业或肄业或结业 | | | |
| 年 月 至 年 月 | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| 年 月至 年 月 | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| 主  要  工  作  简  历 | | 时 间 | | | | | | | | | | 工 作 单 位 | | | | | | | 行 政 职 务 | | | 技 术 职 务 |
| 年 月至 年 月 | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  |
| 年 月至 年 月 | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  |
| 拟进修专业、进修形式及周期 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| （以上由进修者填写） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人承诺 | | | **本人保证服从进修单位安排和管理，按时完成进修计划。**  申请人（签名）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 选 意  送  单  位 见 | 年 月 日（盖章） | 当 部  地 门  卫 审  生 查  主 意  管 见 | 年 月 日（盖章） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 进  修  成  绩 | 门 诊 病 历 书 写 合 格 率 %  护 理 病 历 书 写 合 格 率 %  住 院 病 历 （甲级 ）合 格 率 %  门 诊 处 方 书 写 合 格 率 %  出 入 院 病 人 诊 断符合率 %  手 术 前 后 诊 断 符 合 率 %  临 床 与 病 理 诊 断符合率 % | | 理论考核 | 学科名称 | 成绩 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 技能考核 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 结业考试 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 注： | 率的计算机按随机抽样结果计算，共抽样三次，每次抽有关资料20份。 | | 进修结业证书号 | |  |
| 个  人  总  结 | | 签名： 年 月 日 | | | |
| 科  室  鉴  定  意  见 | | 签名： 年 月 日 | | | |
| 进意  修基  地见 | | 进修基地名称： 年 月 日（盖章） | | | |

附件2

**介 绍 信**

连云港市第二人民医院：

兹介绍我院 医师/技师/护士，于 年 月 日至 年 月 日前来贵院进修，请予以接洽。

医院（公章）

年 月 日