附件1

**2024**年度湖北省中医医师规范化培训结业考核（二试）资格审核报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 身份证号码 |  |
| 最高学历 |  | 毕业时间 |  | 毕业院校 |  |
| 最高学位 |  | 学位证书编号 |  | 医师资格证书编码 |  |
| 学员类型 | □单位人 □社会人 □四证合一 |
| 工作单位 |  | 工作单位电话 |  |
| 培训基地 |  | 学员联系方式 |  |
| 报考专业代 码 | 中医： □3500中医全科： □3600 中医助理全科：□ | 第二阶段培训学科 |  |
| 培训时间 |  年 月至 年 月 |
| **基地医院轮转情况（第一阶段）** |
| 科室类别 | 科室名称 | 轮训起止时间 | 轮训月数 | 导师 |
| 年 月 | 年 月 |
| **中医内科**( 个月）心、肝、脾、肺、肾等五脏相关疾病（肺、心血管、脾胃、肾病、肿瘤、内分泌、血液、神经、风湿等）、**急诊** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **中医外科**（ 个月）肛肠、皮肤、疮疡等 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **中医妇科**（ 个月） |  |  |  |  |  |
| **中医儿科**（ 个月） |  |  |  |  |  |
| **针灸科、推拿科、中医康复科**（合计 个月） |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **中医骨伤科**（ 个月） |  |  |  |  |  |
| **耳鼻喉科、眼科**（合计 个月） |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **辅助科室**（ 个月）心电图、影像、中药房等科室 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **其他科室**（ 个月） |  |  |  |  |  |
|  合计轮训时间： \_\_\_\_\_\_月 |
| **基地医院轮转情况（第二阶段 / 基层实践阶段）** |
| 科室类别 | 科室名称 | 轮训起止时间 | 轮训月数 | 导师 |
| 年 月 | 年 月 |
| 相关专科（ 个月） |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  合计轮训时间： \_\_\_\_\_\_月 |
| **跟师学习情况** |
| 类 别 | 跟师学习起止时间 | 共计次数（半天/周） |
| 年 月 | 年 月 |
| **以门诊为主**（中医住培每年不少于30次；中医类别助理全科每年不少于20次，） |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 对照相应培训标准要求，本人已完成培训内容及考核，申请参加2024年度结业考核资格审核。 申请人（签名）： 年 月 日 |
| 根据学员本人提出的申请，经过对培训期间的各方面表现、培训内容完成情况、出科考核情况及年度考核情况进行审核，同意其提出的结业考核申请。 培训基地/协同单位（盖章） 年 月 日 |
| 根据基地医院的意见，经过对申请资料进行审核， □同意 □不同意该学员参加结业考核。 市（州）卫生健康委（盖章） 年 月 日 |

填报说明：中医类第二阶段培训学科可根据实际情况选填中医内科、中医外科、中医妇科、中医儿科、针灸推拿（含中医康复）、中医骨伤科、中医五官科；中医全科类第二阶段培训学科填中医全科；中医类别助理全科第二阶段培训学科填基层实践。

附件2

**2024**年度湖北省中医医师规范化培训结业考核（二试）资格审核报名汇总表

市(州)卫生健康委（盖章） 培训基地/协同单位（盖章） 报名总人数： 人

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 专业代码 | 最高学位 | 学位类型 | 学员身份 | 医师资格证书编号 | 培训开始时间 | 培训结束时间 | 培训总时长（月） | 第二阶段培训学科 | 年度考核 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 专业代码 | 最高学位 | 学位类型 | 学员身份 | 医师资格证书编号 | 培训开始时间 | 培训结束时间 | 培训总时长（月） | 第二阶段培训学科 | 年度考核 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 培训基地/协同单位审核人: 市州卫生健康委审核人:

 电 话： 电 话： 电 话：

填报时间： 审核时间： 审核时间：

填报说明：1.备 注 栏：补考学员在备注栏注明“补考理论”、“补考技能”或“双项补考”。

 2.其他说明：本表填报市州卫健委复审合格人员信息；

学员序号须与报名资料袋上序号一致；

研究生学位类型填“科学型”或“专业型”，无学位填“无”；

学员身份：填写“四证合一”、“社会人”或“单位人",委培人请填写“单位人（委培）”。