编号：

**卫生人员进修登记表**

**进修者姓名**

**进修科目**

**进修起止时间**

**进修形式**

**选送单位**

**进修基地**

二〇 年 月 日填写

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | 年 月 | 一寸照片 （进修后张贴） |
| 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 | 年 月 日 | 何时参加卫技工作 | 年 月 日 |
| 现在从事何专业或工种 |  | 技术职务 |  |
| 技术职务批准机关 |  | 技术职务批准时间 |  |
| 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 |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 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） |
| 政治表现 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 业务水平 |  |
| 对进修的目的要求 | 以上由选送单位的有关科室填写，以下由有关部门填写 |
| 选送单位意见 | 年 月 日（盖章） | 当地卫生主管部门审查意见 | 年 月 日（盖章） |
| 临床进修基地审核意见 | 年 月 日（盖章） |
| 进修专业 |  | 进修周期 |  | 进修形式 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）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 |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 结业考核 |  |  |
|  |  |
| 注 | 率的计算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 |  |
| 个人鉴定抄录 | 抄录人 年 月 日 |
| 科室鉴定抄录 | 抄录人 年 月 日 |
| 进修基地意见 | 进修基地名称： 年 月 日（盖章） |