附件2

2022年福建省中医类别全科医生

转岗培训对象登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | 性 别 | | | |  | | | | | | 出生年月 | | | |  | | | | | 照  片 | |
| 曾 用 名 |  | | | | | 籍 贯 | | | |  | | | | | | 政治面貌 | | | |  | | | | |
| 健康状况 |  | | | | | 民 族 | | | |  | | | | | | 手 机 | | | |  | | | | |
| 专业技术 职 务 |  | | | | | 取得现职称时间  (年.月) | | | |  | | | | | | 取得执业医师时间（年.月） | | | |  | | | | |
| 身份证号 |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 医师资格类型 | |  | | | | | | | | 执业类别 | | | |  | | | | | | 执业范围 | | | | |  | |
| 医师资格证号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第一学历（全日制学历） | | 毕业院校 | | | |  | | | | 毕业专业 | | | |  | | | | | | 学历及毕业时间(年.月) | | | | |  | |
| 最高学历 | | 毕业院校 | | | |  | | | | 毕业专业 | | | |  | | | | | | 学历及毕业时间(年.月) | | | | |  | |
| 初入职单位 | | 单位名称 | | | |  | | | | 单位属性 | | | |  | | | | | | 入职时间  (年.月) | | | | |  | |
| 全科医学师资培训经历 | | 是否取得国家全科医学师资培训证书 | | | |  | | | | 是否取得省级全科医学师资培训证书 | | | |  | | | | | | 师资培训证书编号 | | | | |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 邮 编 | | | | |  | |
| 现工作单位  及部门 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 单位属性 | | | | |  | |
| 个人简历(何年何月至何年何月在何单位学习或工作、任何职务，从高中写起) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 在综合医院工作填写（在基层医疗卫生机构工作不填此项） | | | 现单位是否为全科培训基地 | | | | |  | | | | | 现单位是否成立全科医学科 | | | | | |  | | | | 全科医学科成立时间(年) | | |  |
| 是否从事全科医学带教工作 | | | | |  | | | | | 全科培训基地担任职务 | | | | | |  | | | | 带教时长(年) | | |  |
| 是否医学会、医师协会等社会团体担任全科专业学组委员及以上职务(详细说明) | | | | |  | | | | | 是否参与过省级、国家级全科专业相关文件起草、专业评审等工作(详细说明) | | | | | |  | | | | 是否全科医学研究生导师(详细说明) | | |  |
| 基层医疗卫生机构工作经验年限 | | | | |  | | | | | 其他说明  (填写表格描述以外其他全科医学相关经历) | | | | | |  | | | | | | | |
| 既往进修、培训  经历 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | | | 单位盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（市、区）  卫生健康行政  主管部门意见 | | | 单位盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 设区市级  卫生健康行政部门意见 | | | 单位盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备 注 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：1.请如实填报本表格，“医师资格类型”填写执业医师或执业助理医师、“毕业专业”填写临

床医学、中医学、口腔医学、预防医学、其他。“学历”填写大专、中专、本科及以上。“单

位属性”填写乡镇卫生院、社区卫生服务中心、县级医院、市级医院、省级医院、专业公

共卫生机构、其他。

2.“毕业院校、工作单位名称”需填写与公章对应的官方全称。

3.“执业范围”请填写二级学科，如：内科、外科、儿科……

4.“全科培训基地”指全科专业住院医师规范化培训基地、助理全科医学培训基地。

5.“全科医学科”：需有全科独立门诊及病房。

6.“其他说明”栏可填写表格描述以外其他全科医学相关经历。