附件2

中医、中西医结合、民族医医师执业注册

培训考核表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 贴  照  片 |
| 出生年月 |  | 学 历 |  |
| 所学系、专业 |  | 专业技术职务任职资格 |  |
| 家庭地址及邮编 |  | | | |
| 医师资格级别 |  | 医师资格  类 型 |  | |
| 医师资格证书编码 |  | | | |
| 有效身份证明号码 |  | | | |
| 拟执业机构名称及登记号码 |  | | | |
| 申请培训机构 |  | | | |
| 联系电话 |  | 申请人签名 | 年 月 日 | |
| 以上内容由申请人填写 | | | | |
| 培训考核机构意见 | 培训时间： 年 月 日―― 年 月 日  考核结果：  （盖章）  年 月 日 | | | |

注：本表一式两份，一份由培训机构存档，一份交申请人。 北京市中医药管理局制

**北京市中医、中西医结合、民族医医师执业注册**

**培训考核合格证明**

**一、培训人员基本情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | 性 别 | |  | | （相片） |
| 出生年月 |  | | | | | 民 族 | |  | |
| 学 历 |  | | | | | 所学专业 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | |
| 专业技术职务任职资格 | | | | |  | | | | | |
| 工 作 单 位 | |  | | | | | | | | |
| 医师资格级别 | |  | | | | | 医师资格类别 | |  | |
| 医师资格证书编码 | | |  | | | | | | | |
| 培训专业 |  | | | | | | 培训起止时间 | |  | |
| 其它需要说明的事项 | | | |  | | | | | | |

**二、培训指导老师情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 年龄 | |  |
| 医师资格级别 |  | | | 医师资格类别 | | |  |
| 医师资格证书编码 | |  | | | | | |
| 医师执业证书编码 | |  | | | | | |
| 专业技术职务任职资格 | |  | | | | | |
| 从事临床工作年限 | |  | | 执业范围 | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 个人培训小结 | 签名： 年 月 日 |
| 考试考核情况 | 责任人签名： 年 月 日 |
| 指导老师意见 | 签名： 年 月 日 |
| 培训单位意见 | 责任人签名： 年 月 日 |