

附件 4:

## 深圳市中医类别全科医生转岗培训内容减免申请表

姓名	工作单位	手机	减免内容
<b>减免对象</b>			
减免理论培训 1 个月 (160 学时)。	取得省级及以上卫生健康行政部门或中医药管理部门颁发的中医类别全科医学师资培训合格证书的培训者。	申请 ( <input type="checkbox"/> )	佐证材料 (复印件需单位加盖公章)
减免临床培训 (不含急诊) 8 个月。	来自二级及以上医院, 在所在医院独立设置的全科医学科全职从事全科医疗、教学工作满 2 年, 且具有中医主治医师及以上技术职称者。	( <input type="checkbox"/> )	省级及以上卫生健康行政部门或中医药管理部门颁发的中医类别全科医学师资培训合格证书。 1、满 2 年的全科医学科工作证明; 2、医师执业证书; 3、职称证书。
减免基层实践培训 1 个月。	来自二级及以上医院, 具有中医副主任医师及以上技术职称者。 在基层医疗卫生机构从事医疗工作满 2 年, 具有中医主治医师及以上技术职称者。	( <input type="checkbox"/> )	1、医师执业证书; 2、职称证书。
	来自二级及以上医院, 在所在医院独立设置的全科医学科全职从事全科医疗、教学工作满 2 年, 具有中医主治医师技术职称者。	( <input type="checkbox"/> )	1、满 2 年工作证明; 2、医师执业证书; 3、职称证书。
	来自二级及以上医院, 在所在医院独立设置的全科医学科全职从事全科医疗、教学工作满 1 年的, 具有中医副主任医师及以上技术职称者。	( <input type="checkbox"/> )	1、满 2 年的全科医学科工作证明; 2、医师执业证书; 3、职称证书。
<b>申请人签名</b>	<b>申请工作单位审核意见</b>	<b>市卫健能教中心审核意见</b>	<b>市中医药管理部门审核意见</b>
本人承诺复核上述申请条件, 提供的佐证材料真实可信。  签名:  年 月 日	负责人签名:  年 月 日 (公章)	负责人签名:  年 月 日 (公章)	年 月 日 (公章)