附件：

全科医生转岗（岗位）培训过程考核登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **身份证号** |  | | **联系电话** |  | |
| **工作单位** |  | | | | **最高学历** |  | |
| **培训基地** | 深圳市卫生健康能力建设和继续教育中心 | | | | **培训专业** | 全科医生  转岗 | |
| **培训起 止时间** | 年 月至 年 月 | | | | **培训时限（月）** | 12 | |
| 一、理论培训 | | | | | | | |
| 培训时间 | 年 月至 年 月 | | 培训单位 | | 深圳市卫健能教中心 | | |
| 二、基层培训 | | | | | | | |
| 培训时间 | 年 月至 年 月 | | 培训单位 | |  | | |
| 三、临床培训 | | | | | | | |
| 培训时间 | | 轮转科室 | | 出科考核成绩（分） | | | 备注 |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | | |  |
| 年 月至 年 月 | |  | |  | | |  |
| 经审核，考生已按照国家相关全科医生转岗（岗位）培训规定的培训内容和标准，完成了有关理论、临床、基层实践培训内容并且出科考核合格。  培训基地（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | |