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 |