附件1

北京市全科医生研修培训学员学习表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学  员  基  本  情  况 | 姓名 |  | | 性别 | |  | | 年龄 |  | | 工龄 | |  |
| 学历 |  | | 职称 | |  | | 科室 |  | | | | |
| 学习方向 | | |  | | | | | | | | | |
| 学习期限 | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 工作单位及联系电话 | | | | |  | | | | | | | |
| 导  师  基  本  情  况 | 姓名 | |  | | 性别 | | |  | | 年龄 | |  | |
| 学历 | |  | | 职称 | | |  | | 专业 | |  | |
| 是否具有研究生  导师资格 | | | |  | | | | | | | | |
| 工作单位及联系电话 | | | | | |  | | | | | | |
| 培 训 目 标： | | | | | | | | | | | | | |
| 培训方式（主要教学环节）： | | | | | | | | | | | | | |
| 培训内容及时间： | | | | | | | | | | | | | |
| 考核方法： | | | | | | | | | | | | | |

导师签字： 学员签字：

年 月 日 年 月 日附件2

北京市全科医生研修培训结业鉴定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 年龄 | |  | 职称/职务 |  |
| 专 业 |  | 学历 | |  | 联系电话 | | |  | |
| 所在单位 |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| 培训单位 |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| 导师姓名 |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| 起止时间 | 自 年 月 至 年 月 | | | | | | | | |
| 学习专业 |  | | 典型病例分析 | | |  | | | |
| 自  我  鉴  定 |  | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 指  导  导  师  意  见 |  |
| 培养单位意见 | （盖章）  年 月 日 |
| 市卫健委意见 | （盖章）  年 月 日 |

注：1.不够可自行加纸；

2.培训结束将本鉴定表一式两份报科教处。