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。