|  |
| --- |
| 附件1中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗考核申请表 |
| **姓名** | 　 | **性别** | 　 | 照片 |
| **工作单位** | 　 | **出生年月** |  |
| **参加工作时间** | 　 | **执业类别** | 　 |
| **培训或进修起止时间** | **培训或进修单位** | **培训或进修内容** |
|  |  |  |
| 　 | 　 | 　 |
| **进修或培训时间已满（ ）年，申请考核。** |
| **工作单位意见：** |
|  印 章  年 月 日 |
| **考核机构意见：** 印 章   年 月 日  |

附件2

中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗工作年限证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  |
| **民 族** |  | **参加工作时间** |  | **从事精神障碍诊疗时间** |  |
| **学习经历（从初中毕业后填写，只填写学历、学位学习经历）** |
| **起止年月** | **所学专业** | **学校、院系** | **学历及学位** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **身份证号** |  | **执业证编号** |  |
| **执业医疗机构** | **名 称** |  | **邮编** |  |
| **地  址** |  |
| **法 人** |  | **联系电话** |  |
| **现执业岗位****(专业)** | **专业科室** | **工作年限** | **起止时间** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| **工作单位审核意见** | **请确认上述信息后盖章、签字。****单位公章 单位法人签字：** **年    月    日** |

附件3

中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗

培训（进修）年限证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  |
| **民 族** |  | **身份证号** |  |
| **执业证编号** |  |
| **培训、进修**  | **培训（进修）单位** | **培训（进修）科室** | **培训（进修）起止时间** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **累计培训（进修）时间** |  |
| **工作单位意见** | **请确认上述信息后盖章、签字。****单位公章 单位法人签字：**  **年    月    日** |
| **注：** | 1. **在精神科的培训或进修必须附培训（进修）结业证明。**
2. **单次在精神科从业、培训、进修时间不得低于1个月。**
 |

|  |
| --- |
| 附件4 |
| 陕西省中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗考核表 |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生****年月** |  | **照片** |
| **学 历** |  | **毕业****院校** |  |
| **身份证号** |  | **职称** |  |
| **参加工作****时间** |  | **工作单位** |  |
| **医师资格****证书编码** |  | **取得****时间** |  |
| **医师执业****证书编码** |  | **注册****时间** |  |
| **以下由考核机构填写** |
| **理论考试** | **得分** | **实践操作考核** | **得分** | **医疗文书书写** | **得分** |
| **考核专家组意见** | **请签署合格或不合格****组长签字：****年 月 日** |
| **考核单位****意见** | **请签署合格或不合格****考核单位盖章： 法人签字：** **年 月 日** |

附件5

参加中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与

治疗考核汇总表

填报单位（盖章）： 填报人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 职称 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |