**附表2：**

**江西省全科医生转岗培训个人申请与单位审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **照片****(2寸身份证照）** |
| **身份证号** |  | **民族** |  |
| **毕业院校** |  | **最后学历** |  |
| **取得执业医师资格时间** |  | **资格证号** |  |
| **手机** |  | **E-mail** |  |
| **职务** |  | **职称** |  |
| **现专业** |  | **从事现专业 起止时间** |  |
| **工作经历：** |
| **符合何条减免条件（注明）：** |
| **派出单位** |  |
| **派出单位联****系人** |  | **联系手机号** |  |
| **设区市** |  | **邮政编码** |  | **办公电话** |  |

|  |
| --- |
| **承诺书****为加强基层医疗卫生队伍建设，为人民群众提供优质医疗服务，做老百姓健康的“守门 人”，我自愿申请参加全科医生转岗。在培训期间，按培训要求努力学习、遵守制度、尊重教师、服从管理、保证完成培训理论教学、临床轮科、社区实践全部培训内容和学时，不借故请 假以及擅自脱岗。****派出单位要支持和鼓励派出人员安心培训，不得调派培训人员回单位上班。****承诺人单位：** **承诺人姓名：****年 月 曰** |
| **派送单位意见：****单位盖章****年 月 曰** |
| **县（市、区）卫生健康委审核意见：****单位盖章** **年 月 曰** |
| **设区市卫生健康委审核意见：****单位盖章** **年 月 曰** |

|  |
| --- |
| **“注册执业医师证”复印件粘贴处** |
| **身份证复印件粘贴处** |

**备注：1、请认真准确填写此表，有关证件复印件按要求粘贴；**

**2、此培训为全脱产学习，请确保学习时间；**

**3、学员报名时另交 2 寸彩照一式 2 张。**

**4、符合培训减免办法的，需添加证明材料。**

**2019年江西省全科医生转岗培训汇总表**

**临床培训基地**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **现专业** | **学历** | **职称** | **符合第几条减免条件** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**江西省全科医生转岗培训个人减免培训内容申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **申请减免的资格** | **申请减免的内容** | **打钩** |
| 1 | 取得省级及以上卫生健康行政部门颁发的全科医学师资培训合格证书 | 全科医学基本理论知识培训可予以减免 | 　 |
| 2 | 来自基层医疗卫生机构的培训对象，在基层医疗卫生机构从事医疗工作2年及以上、具有中级及以上职称的 | 基层医疗卫生实践可予以减免 | 　 |
| 3 | 来自二级及以上医院的培训对象，具有主治医师资格 | 其原从事专科（以医师执业证书中的注册范围为准）所对应二级学科的临床轮转培训可予以减免 | 　 |
| 4 | (接上条)其中医师执业注册范围为内科、神经内科、急诊科专业的，其内科、神经内科、急诊科的临床轮转培训可同时予以减免 | 　 |
| 5 | 在所在医院独立设置的全科医学科全职从事全科医疗、教学工作满2年的，其临床轮转培训、基层医疗卫生实践和全科临床思维训练可予以减免。 | 　 |
| 6 | 来自二级及以上医院的培训对象，具有副主任医师及以上资格 | 其临床轮转培训可予以减免 | 　 |
| 7 | 在所在医院独立设置的全科医学科从事全科医疗、教学工作满1年的，其基层医疗卫生实践和全科临床思维训练可予以减免。 | 　 |
| 8 | 注册为其他专业专科医师，已通过全科专业住院医师规范化培训并获得合格证书的 | 可在原注册执业范围基础上增加全科医学专业执业范围。 | 　 |
| 9 | 注册为其他专业专科医师，通过省级及以上卫生健康行政部门组织的全科医师骨干培训，培训时间超过10个月并获得合格证书的 | 可在原注册执业范围基础上增加全科医学专业执业范围。 | 　 |
| **备注：** |