附件3

**2025年北京市中医全科医生转岗培训学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 政治面貌 |  | 1寸免冠证件照 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  | 技术职称 |  |
| 执业状况 | 执业医师 □ 执业助理医师 □ | 最高学历 |  |
| 执业证书编 号 |  | 从事临床年 限 |  |
| 工作单位 |  | 移动电话 |  |
| 临床基地第一意向 | 市中医 医院□ | 西苑医院□ | 广安门医院 □ | 望京医院 □ | 东直门医院 □ | 东方医院 □ |
| 临床基地第二意向 | 市中医 医院□ | 西苑医院□ | 广安门医院 □ | 望京医院 □ | 东直门医院 □ | 东方医院 □ |
| 临床基地第三意向 | 市中医 医院□ | 西苑医院□ | 广安门医院 □ | 望京医院 □ | 东直门医院 □ | 东方医院 □ |
| 如3个意向临床基地名额都已满，是否同意调剂到其它临床基地（如不同意，则将安排到其它年度） | 是 □ | 否 □ |
| 轮转科室意向 | 中医内科 | 1. | 2. | 3. |
| 其 它 科 | 4. | 5. | 6. | 7. |
| 是否符合以下减免条件（需附相关证明材料，复印件即可） |
| 是否取得过北京市中医药管理局或其它省级及以上中医药行政管理部门颁发的中医全科医学师资培训合格证书 | 是 □ | 否 □ |
| 是否在基层医疗卫生机构从事中医医疗工作2年及以上、具有中级及以上职称 | 是 □ | 否 □ |
| 是否来自二级及以上医院，具有中医主治医师资格（注明现从事的二级学科） | 是 □ （ ）科 | 否 □ |
| 是否来自二级及以上医院，具有中医主治医师资格，在所在医院独立设置的中医全科医学科全职从事中医全科医疗、教学工作满2年 | 是 □ | 否 □ |
| 是否来自二级及以上医院，具有副主任医师及以上资格 | 是 □ | 否 □ |
| 是否来自二级及以上医院，具有副主任医师及以上资格，在所在医院独立设置的中医全科医学科全职从事中医全科医疗、教学工作满1年 | 是 □ | 否 □ |
| 是否参加过中医医师规范化培训并合格 | 是 □ | 否 □ |
| 单位意见:单位公章：年 月 日 | 区卫生行政部门意见:单位公章：年 月 日 |

注：1.轮转科室意向中中医内科从肺病、心病、脾胃病、脑病、肾病、内分泌、风湿科等科室中任选3个科室，其它科从中医外科、中医妇科、中医儿科、中医骨伤科、针灸科、推拿科、康复科等科室中选择4个科室进行。

2.非区属单位只需盖单位公章。