附件：

临床、口腔、中医医师申报卫生高级职称工作量登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 | |  | | | |
| 学历 |  | 工作单位 | |  | | | |
| 现有职称 |  | 聘任时间 | | 年 月 日 | 有无病房 | |  |
| 申报职称 |  | 申报专业 | |  | | | |
| 工作量统计数据 | | | | | | | |
| 门诊工作量  （非手术为主临床专业、口腔专业） | | 单元 | | 门诊工作量  （手术为主临床） | | 个 | |
| 出院人数  （参与或作为治疗组长） | | 人次 | | 出院患者手术/操作人次  （手术为主临床专业） | | 人次 | |
| 手术/操作人次  （限消化内科、呼吸内科填写） | | 镜下治疗 | 人次 | 参与诊疗患者人数  （无门诊的其他临床专业） | | 人次 | |
| 总人次 | 人次 |
| 诊疗人次  （无病房的口腔专业） | | 人次 | | 签发检查报告份数  （医学辅助诊断专业） | | 份 | |
| **本人承诺以上所填信息属实。** | | | | | | | |
|  | | | 申报人签名： | | | | |
|  | | | 年 月 日 | | | | |
| 审核意见 | | | | | | | |
| 单位  信息  统计  部门  意见 | 负责人（签字）：  年 月 日 | | | | | | |
| 公示  情况 | 以上工作量数据已于 年 月 日至 年 月 日在 进行公示。公示期间 异议。（如有异议附调查核实情况和结论）  负责人（签字）：  年 月 日 | | | | | | |
| 单位  审核  意见 | 负责人（签字）： | | 单位（签章） | | | | |
|  | | 年 月 日 | | | | |

公卫医师、护理、药学和技术类人员申报卫生高级职称工作量登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 学历 |  | 工作单位 |  |
| 现有职称 |  | 聘任时间 | 年 月 日 |
| 申报职称 |  | 申报专业 |  |
| 工作量统计数据 | | | |
| 年度 | 参加本专业  工作时间 | 备注  （公共卫生专业须明确现场工作或在基层工作时间；护理专业须明确病历首页责任护士和质控护士记录数量） | |
|  | 周 |  | |
|  | 周 |  | |
|  | 周 |  | |
|  | 周 |  | |
|  | 周 |  | |
| 平均 | 周/年 |  | |
| **本人承诺以上所填信息属实。**  申报人签名：  年 月 日 | | | |
| 审 核 意 见 | | | |
| 公示  情况 | 以上工作量数据已于 年 月 日至 年 月 日在 进行公示。公示期间 异议。（如有异议须附调查核实情况和结论）  负责人（签字）：  年 月 日 | | |
| 单位  审核  意见 | （护理专业须明确单位信息统计部门核实情况）  负责人（签字）： 单位（签章）：  年 月 日 | | |