附件4

  **吉林省中医住院医师规范化培训**

**年限减免审批表**

姓名： 报名序号：

|  |
| --- |
| **临床能力测评情况** |
| 测评项目 | 名称 | 成绩 |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 拟减免年限 | □1年 □2年 |
| **需补齐的轮转时间** |
| 轮转科室 | 标准要求时间（月） | 实际完成时间（月） | 需要继续培训时间 |
| 中医内科 | 10 |  |  |
| 中医外科 | 2 |  |  |
| 中医妇科 | 2 |  |  |
| 中医儿科  | 1 |  |  |
| 中医骨科 | 2 |  |  |
| 针灸科 | 1 |  |  |
| 推拿科 | 1 |  |  |
| 康复科 | 1 |  |  |
| 中医耳鼻喉科 | 0.5 |  |  |
| 中医眼科 | 0.5 |  |  |
| 辅助科室 | 3 |  |  |
| 相关专科 | 12 |  |  |
| 合计 | 36 |  |  |

注：1.报名序号为注册网站时分配的ID号码，具体查看方式为：登陆中医住培平台后点击我的账户可以查看。

2.此表一式两份。