**广州市花都区妇幼保健院（胡忠医院）**

**短期外来工作人员资质审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 年龄 |  |
| 民族 |  | | | 政治面貌 |  | 学历 |  |
| 专业 |  | | | 职称 |  | 联系电话 |  |
| 学习期限 |  | | | 拟学习科室 |  | 类别 |  |
| 身份证号 |  | | | | 工作单位 |  | |
| 从事本专业年限 | |  | 资格证编码 | |  | | |
| 执业证编码 |  | | | | | | |
| 本人工作  经历 | 本人承诺以上所填资料均为真实，承担责任及相应后果。  **签字： 年 月 日** | | | | | | |
| 选送单位  意见 | 本表所填信息已经本单位核对无误，本单位对此负责并承担相应后果。    **盖章**： **年 月 日** | | | | | | |
| 接收单位  医务科/  护理部审核意见 | 从事诊疗/护理活动范围：  独立诊疗资格： □是 □否 独立处方权： □是 □否  分配科室：  **签章： 年 月 日** | | | | | | |
| 接收单位  科教科审核 意见 | **签章：** **年 月 日** | | | | | | |

注：类别为进修生、规培生、实习生、参观学习、访问学者