

附件 11

临床工作时间登记表

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：任职年限较长的人员应至少提供近五年的平均每年参加本专业工作时间；具备医学相应专业大专以上学历，在县级及以下基层医疗卫生机构工作的，须提供近七年。护理专业须在备注中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		
<p>本人承诺以上所填信息属实。</p> <p style="text-align: right;">申报人签名： 年 月 日</p>			

审 核 意 见

以上工作量数据已于____年__月__日至__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）

公示
情况

负责人（签字）：
年 月 日

（护理专业须明确单位信息统计部门核实情况）

单位
审核
意见

负责人（签字）：

单位：（公章）
年 月 日

四川省中医药管理局制