附件2

跟师临床实践情况表

申报人员： 指导老师：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指导老师带教的其他未出师人员 | | | 姓名 | | 身份证号码 | | 带教起止时间 | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| 跟师临床实践时间（工作日） | | 年 | | 年 | | 年 | | 年 |
| 1月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 2月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 3月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 4月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 5月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 6月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 7月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 8月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 9月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 10月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 11月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 12月 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 小计 | | 天 | | 天 | | 天 | | 天 |
| 累计 | | 3年共 工作日（本人承诺上述时间属实，如有虚假，愿承担相应的法律责任。）  师承人员（签名）： 指导老师（签名） ：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | |
| 师承指导老师意见 | （重点介绍师承人员是否完成《实施办法》第十条、第十一条的要求，即跟师学习时间是否平均达到每周不少于3个工作日，3年不少于420个工作日（或总计不少于1500学时）；师承人员对中医经典著作和对指导老师的学术思想、临床经验的掌握程度）  指导老师（签名）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 带教机构（1）意见 | （重点核实师承人员跟师学习时间是否达到3年共420个工作日（或总计不少于1500学时）,跟师学习笔记是否齐全，跟师学习内容是否符合《实施办法》）的要求。）  负责人签名：  单位（或管理科室）名称（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 带教机构（2）意见 | （重点核实师承人员跟师学习时间是否达到3年共420个工作日（或总计不少于1500学时）,跟师学习笔记是否齐全，跟师学习内容是否符合《实施办法》）的要求。）  负责人签名：  单位（或管理科室）名称（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 指导老师第一执业地点医疗机构意见 | （指导老师不在第一执业地点医疗机构带教的须填写本栏目，第一执业地点医疗机构重点核实指导老师在带教机构多点执业的时间能否达到3年420个工作日（或总计不少于1500学时））  核对人签名： 负责人签名：  单位（或管理科室）名称盖章：  年 月 日 | | | | | | | |

说明：1、本表由指导老师填写，经指导老师带教机构或/及第一执业地点医疗机构加具意见。

1. 跟师学习时长根据跟师学习笔记、临床实践记录等进行填写。
2. 指导老师如已退休，第一执业地点医疗机构不需要加具意见。

如有多个带教机构，需要各自核实师承人员跟师学习时间加盖公章，可增加“带教机构”意见栏。