附件4

临床、中医、口腔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 月 日在 进行公示。公示期间无异议。（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 | | |

注：单位统计部门指具体负责管理统计本表中工作量的人事、医务、病案信息、护理等部门。