附表2

青海省西医学习中医骨干人才研修项目临床实践鉴定表

姓名： 实践单位： 实践科室：

|  |  |
| --- | --- |
| 临床学习病种（用中医病名描述，不少于5个） | |
|  | |
| 完成中医住院病历 | 份 |
| 临床实践总结（临床实践累计时长和学习掌握中医药理论、中医诊疗、中医思维能力、操作技能等情况，不少于800字） | |
| 年 月 日 | |
| 实践科室综合评价：□优秀□良好□合格□不合格（在相应□划√） | |
| 科室带教老师鉴定（从中医药理论掌握程度、中医思维能力、操作技能、本专业中医技能运用能力等方面综合评价，不少于100字） | |
| 带教老师签字：  年 月 日 | |
| 临床实践单位意见（对培养对象学习情况进行认证） | |
| 负责人签字： 单位印章  年 月 日 | |

注：附手写中医住院病历3份。