附件3

全国中医护理骨干人才培训项目平时考核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | | **性 别** | | |  | **单位** |  | |
| **专业技术职务** | |  | | | | | | **从事专业及方向** |  | |
| 游学轮转情况 | | | | | | | | | | |
| **基地名称** | | | | | **轮转学习时间** | | | | | **轮转考核结果** |
|  | | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | |  |
|  | | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | |  |
|  | | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | |  |
|  | | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | |  |
|  | | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | |  |
|  | | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | |  |
|  | | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | |  |
|  | | | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | |  |
| 学习掌握并运用优势特色技术情况 | | | | | | | | | | |
| **优势特色技术名称** | | | | | | **实践运用情况** | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |
| 平时考核鉴定（主要鉴定培养对象所学优势特色技术的临床运用情况、学习态度等平时表现情况、经费使用情况） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 平时考核结果 | | | 合格（ ） 不合格（ ） | | | | | | | |
| 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |