附件2、

**江门市五邑中医院进修后审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 科室 |  |
| 毕业院校 |  | | | 学 历 |  | | |
| 进修医院 |  | | 进修时间 | |  | | |
| 回院时间 |  | | | | | | |
| 进修专业及方向 |  | | | | | | |
| 进修心得 | 提交 是 否  提交日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 讲课 | 提交日期： 年 月 日  拟安排日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 新技术新项目 | 开展项目属于专科必须掌握诊疗项目：是□否□  项目1：  本院既往有无开展：有□ 无□  项目2：  本院既往有无开展：有□ 无□  质控科盖章： | | | | | | |
| 新项目新技术演示项目：  演示时间： 年 月 日  医务科盖章： | | | | | | |

注：1.新技术新项目由质控科根据病案信息系统进行审核，其余部分由医务科进行收集审核，收到材料后由医务科组织讲课。

2.计财科凭本表和报销凭据给予报销。