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；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 | | | | | | | |
| 指导老师第一执业地点医疗机构审核意见 | （重点核对指导老师带教时间与多点执业时间是否一致，能否达到3年不少于420个工作日的要求）  核对人： 单位负责人（签名）：  单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | |