2024年内蒙古自治区卫生系列专业技术人员高级职称评审

工作量申报表（临床、口腔类）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 工作单位 | | |  | | | |
| 学历 |  | 身份证号码 | | |  | | | |
| 现有职称 |  | 聘任时间 | | | 年 月 日 | 有/无病房 | |  |
| 申报类别 |  | 申报专业 | | |  | | | |
| 工作量申报数据 | | | | | | | | |
| 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） | |  | |
| 出院人数  （参与或作为治疗组长） | | 人次 | | | 出院患者手术/操作人  （手术为主临床专业） | | 人次 | |
| 手术/操作人次  （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 | | | | | | | | |
| 所在单位  数据统计部门  意见 | 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 | | | | | | | |