

附件:

山东省康复治疗技术培训报名表

档案编号:

姓名		性别		出生年月	年 月	照片 (近期1寸免冠照片)	
籍贯		民族		政治面貌			
工作单位				联系电话			
通讯地址				邮编			
电子邮箱							
科室		从业岗位	PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 理疗 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>				
参加工作时间		从事本专业 工作时间		职称			
毕业学校		毕业 时间		专业		学历	
						学位	
是否取得康复治疗技术专业 资格证书	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	取得证书 时间				是否 参加 理论 培训	是 <input type="checkbox"/>
		取得证书 编号					否 <input type="checkbox"/>
报考技能 专业类别	PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 理疗 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> (至少报考2项专业技能)						
所在单位 意见	负责人签字(盖章) 年 月 日						
审批意见	考试机构负责人签字(盖章) 年 月 日						

(背页)

考核情况	理论成绩		取得成绩 时间		是否合格	是□ 否□
	技能总成绩		取得成绩 时间		是否合格	是□ 否□
	单项成绩	PT 分	OT 分	ST 分	理疗 分	脑瘫 分
考核评语	培训机构负责人签字（盖章） 年 月 日					
康复治疗 技术合格 证编号						

- 备注：1. 档案编号无需填写，山东省卫生健康委员会统一编制；
2. 未取得全国卫生专业技术—康复医学与治疗技术资格证书的治疗师必须参加理论考试；
3. 此表需正反面打印，本页由培训机构填写；
4. 此表一式两份，分别存培训单位、本人工作单位。

山东省卫生健康委员会
2024年4月17日