苏北人民医院

外来进修人员生活补贴申请表

（教育处留存）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 | |  | 职称 |  |
| 所在单位 | |  | | | | 单位级别 |  |  |
| 进修专业 | |  | | | 进修起止时间 | | 年 月 日-- 年 月 日 | |
| 联系电话 | |  | | | | 身份证号 |  | |
| 银行卡号  （中国银行） | |  | | | | 开户行 |  | |
| 考核标准与内容 | | 1、来自二甲（含二甲）以上医院；  2、参加科室值夜班 每月≥4次；  3、管床 ≥4张；  4、出满勤、无医疗纠纷、投诉等医疗安全问题；  5、在科室参与病历书写；  6、检验、影像、药剂等医技科室的进修医师，科主任可参照上述标准结合自身科室业务特点执行  7、缴纳进修费用  补贴标准：  1、≥7个月者1000元/月；  2、≤6个月者无补贴；  3、按月考核发放，逾期3个月不补发。 | | | | | | |
| 考核时间 | | 年 月 | | | | 补贴金额  (元） |  | |
| 科室住院总签名  及盖章 | |  | | | | 科主任签名及盖章 |  | |
| 科室盖章 | |  | | | | 医务部审核意见（签章） |  | |

日期： 年 月 日