附件4

卫生系列专业技术人员继续教育学分汇总表

单位： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 | |  | 身份证号码 | |  | |
| 何时取得  现任专业  技术资格 | |  | | | | 申报何专业技术资格 | |  | |
| 一类学分 | 时间 | 项目名称 | | 学分 | | 二类学分 | 时间 | 项目名称 | 学分 |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
| 小计 |  | | | | 小计 |  | |
| 所在  单位  核实  意见 | | 教学管理部门负责人： 部门盖章  年 月 日 | | | | | | | |

注：填写任现职以来的学分。