附件:

**山东省康复治疗技术培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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□ OT□ ST□ 理疗□ 脑瘫□ 其他□ |
| 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□ 否□ | 取得证书时间 |  | 是否参加理论培训 | 是□ 否□ |
| 取得证书编号 |  |
| 报考技能专业类别 | PT□ OT□ ST□ 理疗□ 脑瘫□ （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 |

 档案编号：

（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

2025年 7 月 23 日