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