医疗医技外来参观学习医师管理规定

为进一步加强对来院参加参观学习人员的管理，提高医疗质量，确保医疗安全，结合我院参观学习医师管理的实际情况，制订本管理规定:

1.本规定所指业务科室接受的外来参观学习人员包括非烟台市口腔医院的医师、修复工艺技师、护士。

2.医务科负责外院医师和修复工艺技师来院参观学习的申请审核，护理部负责外院护士来院参观学习的申请审核。

3.申请参观学习人员需由所在单位提前一月来人或来函与医务科联系，经医院研究同意后由职能部门通知其单位。

4.参观学习必须经医院审批同意后，由各职能部门统一安排和管理，任何科室和个人不准私自接收任何形式的参观学习人员。

5.参观学习时间一般在 2 周以内，特殊情况需报院务会审批，但最长时间不超过 1 个月。科室不得擅自同意其延长参观学习时间，特殊情况必须报各职能部门批准。

6.参观学习报到时必须先在财务科交清费用并办理有关手续后持相关职能部门开具的参观学习通知单到有关科室报到。

7.在我院学习期间，参观学习人员必须遵守医院的一切规章制度，只允许参观不允许操作；未经科室同意的专业项目，任何人不得参观；未经审批，不得跨科室、跨专业的参观学习。

8.参观学习期满应由本人填写鉴定表交科室主任审批签字后交医务科办理离院手续。参观学习不发结业证。

9.参观学习收费标准:

（1）参观口腔种植手术、牙周手术、全麻下手术、全麻下口腔治疗者，每人每日 600 元。

（2）口腔种植门诊、口腔正畸门诊、口腔修复门诊、口腔美学门诊、口腔激光门诊：每人每日 200 元，每周 1000 元。

（3）其他专业（包括牙体牙髓、牙周、儿童口腔、口腔颌面外科、口腔修复工艺室、消毒供应室和各分院）：每人每日 100 元，每周 500 元。

（4）报到时均需缴纳医疗保证押金 1000 元/人。

10.烟台市对口支援单位、烟台市口腔医院专科联盟成员单位等人员参观学习按照相关规定执行。

11.参观人员未经医院办公室审批同意，不得对医院管理、患者病历等各类资料进行复印或拍照；违反本项规定，一经发现，不予退还医疗保证押金。

参观人员申请表

申请参观专业：_____

参 观 期 限：_____

姓名：_____

选送单位名称 _____

填表日期：_____

烟台市口腔医院

年 月

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td></tr>
<tr><td>文化程度</td><td></td><td>职称</td><td>医师</td><td>健康状况</td><td></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="2"></td><td>现从事专业</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>通讯地址</td><td colspan="2"></td><td>邮编</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>家庭住址</td><td colspan="2"></td><td>邮编</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医师资格证书编号</td><td></td><td>医师执业证书编号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>联系方式</td><td colspan="5">手机固定电话：　　E-mail：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">最高学历</td><td>起止时间</td><td>毕业院校</td><td>学习专业</td><td colspan="2">学位</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">工作经历</td><td>起止时间</td><td>工作单位</td><td>从事专业</td><td colspan="2">职务</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>现有业务水平</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>参观目的</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>选送单位意见</td><td colspan="5">（盖章）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>接收单位意见</td><td colspan="5">签字　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

此表可复制；同时寄加盖单位公章的三证复印件（最高学历证书、医师执业证书、医师资格证书）。

通讯地址：山东省烟台市芝罘区北大街 142 号；邮政编码：264008；联系电话：（0535）6217096

通讯单位：山东省烟台市口腔医院医务科收　　E-mail：kqywk2008@126.com