附件9

卫生系列高级职称申报工作量统计表

（技术类）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 身份证号 | | |  | | | | | 科室 | |  | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | 行政职务 | |  | | |
| 聘任时间 |  | | | 申报职称 | | |  | | | | 申报专业 | |  | | |
| 取得现职称以来工作量统计数据（由工作量统计部门填写） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目 | | | | | 2021年及以前 | | | 2022年 | | 2023年 | | 2024年 | | 2025年 | 合计 |
| 工作时间（周） | | | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 病案信息技术 | | 病历编码（本） | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 修改病历编码（本） | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 质控病历数（本） | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 毒理、微生物、理化检验技术 | | 完成检测项目、检测指标（项次） | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 临检技术 | | 签发检查报告（份） | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 输血技术 | | 配血次数（次） | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 血液检测次数（次） | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 核医学、放疗、脑电图、消毒技术 | | 技术操作次数（次） | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 口腔技术 | | 口腔曲面断层片（次） | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| CBCT（次） | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 口腔X线片 | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 放射、超声、心电图技术 | | 常规检查次数（次） | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 特殊检查次数（次） | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 病理学技术 | | 病理制片数量（次） | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 康复医学技术 | | 参与治疗人次（次） | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 病媒、消毒技术（公卫机构） | | 现场工作或在基层工作天数 | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| ...... | | ...... | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 工作量统计起止时间： 年 月 日- 年 月 日  统计人员签名： 统计部门（盖章）    统计人员所在部门： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 以上工作量数据已于 年 月 日至 月 日在 进行公示。公示期间 异议。（如有异议附调查核实情况和结论）    人事负责人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在科室意见  负责人（签字）： 科室（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | 单位意见  负责人（签字）： 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | |

注：1.此表正反打印；

1. 工作量从取得现职称任职资格时间开始累计计算；
2. 各项数据通过单位信息管理系统以及各类签字记录单进行提取；
3. 任期内有工作单位调动的，每个单位分别进行统计；
4. 其他技术类岗位人员请在“......”栏目中标注。