

PHIẾU KHẢO SÁT NĂNG LỰC VÀ NGUYỆN VỌNG CỦA BÁC SĨ

I. THÔNG TIN SƠ LUẬC

Họ và tên: Giới tính:

Ngày sinh: Nơi sinh:

Quê quán: Dân tộc:

Khoa/phòng: Số năm công tác:

Địa chỉ liên lạc:
.....

Điện thoại liên hệ: E-mail:

II. QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO – ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

A. QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO

1. Đại học:

Ngành học: Hệ đào tạo:

Nơi đào tạo: Năm tốt nghiệp:

Bằng đại học thứ hai:

Ngành học: Năm tốt nghiệp:

Nơi đào tạo:

Ngoại ngữ 1: Mức độ sử dụng:

Ngoại ngữ 2: Mức độ sử dụng:

(thành thạo cả 4 hay từng kỹ năng Nghe – Nói – Đọc – Viết)

2. Sau đại học:

- Cao học: Chuyên khoa I: Năm tốt nghiệp:; Năm dự kiến TN:

Chuyên ngành/ cụm chuyên ngành:

Nơi đào tạo:

Tên luận văn:

.....

.....

.....

- Tiến sĩ: Chuyên khoa II: Năm tốt nghiệp:; Năm dự kiến TN:

Chuyên ngành/ cụm chuyên ngành:

Nơi đào tạo:

Tên luận án:

.....

B. ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

STT	Chuyên ngành được đào tạo	Năm tốt nghiệp	Nơi đào tạo	Bằng cấp hoặc Chứng chỉ	
				Bằng cấp	Chứng chỉ
	1. Chuyên ngành y tế				
				
	2. Chuyên ngành khác (quản lý, lý luận chính trị..)				
				

III. KỸ NĂNG THỰC HÀNH:

1. Các kỹ thuật đã thực hiện được tại Bệnh viện

STT	Các kỹ thuật đã thực hiện được tại Bệnh viện (Tham khảo theo Danh mục đính kèm Thông tư 43/BYT-11/12/2013)	Số ca đã thực hiện (trung bình/ tháng)
1.	
2.	

3. Các kỹ thuật đã được đào tạo/ huấn luyện nhưng chưa thực hiện tại bệnh viện:

4. Các kỹ thuật mong muốn được huấn luyện để thực hiện trong 5 năm tiếp theo:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

IV. NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

1. Các đề tài nghiên cứu khoa học đã tham gia:

TT	Tên đề tài nghiên cứu/ lĩnh vực ứng dụng	Năm hoàn thành	Đề tài cấp (NN, Bộ, Ngành, cơ sở)	Trách nhiệm tham gia trong đề tài

2. Các công trình khoa học (bài đăng báo/tạp chí, sách chuyên khảo ...) đã công bố

TT	Tên công trình	Thể loại	Năm công bố	Nơi công bố

3. Các báo cáo khoa học (hội nghị, sinh hoạt khoa học bệnh viện..) trong 5 năm gần đây

TT	Tên báo cáo	Thể loại	Năm báo cáo	Nơi báo cáo

Ý kiến đóng góp để phát triển bệnh viện:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tp. Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 20....

Người điền phiếu ký tên

(Ghi rõ họ tên)