

Приложение 3

к Положению о порядке организации и проведении стажировки медицинских, фармацевтических работников в У «ГОИКБ»

Форма

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач учреждения  
«Гомельская областная  
инфекционная клиническая  
больница»

\_\_\_\_\_ И.О. Фамилия  
(подпись)

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

**ОТЧЕТ О СТАЖИРОВКЕ**

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) лица, проходящего стажировку \_\_\_\_\_

База стажировки \_\_\_\_\_

Период прохождения стажировки с \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) руководителя стажировки \_\_\_\_\_

Количественные и качественные показатели выполненной стажером работы (*участие в хирургических операциях, ассистирование на хирургических операциях, выполнение врачебных манипуляций, исследований, лечебно-диагностических процедур и др.*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Стажер \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

СОГЛАСОВАНО

Руководитель стажировки \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

**ОТЗЫВ О ВЫПОЛНЕНИИ СТАЖЕРОМ  
УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ СТАЖИРОВКИ**

Выдано лицу, проходящему стажировку \_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое  
имеется))

в том, что он (она) проходил(а) стажировку в учреждении «Гомельская областная  
инфекционная клиническая больница» \_\_\_\_\_

(наименование государственной организации здравоохранения областного или  
республиканского уровней оказания медицинской помощи)

За время стажировки освоено следующее содержание: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Стажеру рекомендовано: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Руководитель стажировки \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Главный врач У «ГОИКБ» \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Приложение 5  
к Положению о порядке организации  
и проведении стажировки  
медицинских, фармацевтических  
работников в У «ГОИКБ»

Форма

Учреждение «Гомельская областная инфекционная клиническая больница»

**ЗАЧЕТНО-ЭКЗАМЕНАЦИОННАЯ ВЕДОМОСТЬ СТАЖИРОВКИ №**

Форма итоговой аттестации - защита отчета о результатах стажировки

Форма получения образования - очная

Наименование структурного подразделения проведения стажировки

Члены комиссии \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

Дата проведения \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) стажера	Отметка	Подписи членов комиссии

Д

Количество стажеров, присутствовавших на аттестации \_\_\_\_\_ человек.

Количество стажеров, получивших отметки:

зачтено \_\_\_\_\_ не зачтено \_\_\_\_\_

Количество стажеров, не явившихся на аттестацию \_\_\_\_\_ человек.

Подписи членов комиссии:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

Главный врач У «ГОИКБ» \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)