附件1

2024年四川省产前筛查和产前诊断技术专业人员培训分期安排表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分期 | 产前筛查 | | 产前诊断 | | 已取得产前筛查母婴保健技术认定需再进行产前诊断相关培训 | |
| 开始时间 | 结束时间 | 开始时间 | 结束时间 | 开始时间 | 结束时间 |
| 第一期 | 2024年03月01日 | 2024年05月31日 | 2024年03月01日 | 2024年06月30日 | 2024年06月01日 | 2024年06月30日 |
| 第二期 | 2024年07月01日 | 2024年09月30日 | 2024年07月01日 | 2024年10月31日 | 2024年10月01日 | 2024年10月31日 |
| 第三期 | 2024年11月01日 | 2025年01月31日 | 2024年11月01日 | 2025年02月28日 | 2025年02月01日 | 2025年02月28日 |

附件2

工作证明（模板）

兹有我单位 （同志），自 年 月至 年 月于我单位 （科室），从事 （请选择：临床、实验室、妇产科B超/核磁检查）工作，工作年限 年。已经对该同志医师资格证、医师执业证、学历证书、技术职称进行审核并确认真实有效。

特此证明。

单位（签字盖鲜章）：

年 月 日

附件3

产前筛查/产前诊断培训资质审核所需资料清单

|  |  |
| --- | --- |
| **产前筛查合格证资质审核资料** | **产前诊断合格证资质审核资料** |
| 从事**临床咨询**的医师请携带： 1.**妇产科**医师执业证复印件。 2.医师资格证书复印件。 3.大专以上学历证书复印件或中级以上技术职称复印件。  4.2年以上临床咨询相关工作经验证明。 注：以上四项资料均需要加盖单位鲜章 | 从事**遗传病咨询**的医师请携带：  1.**临床**医师执业证复印件。 2.医师资格证书复印件。  3.医学院校本科以上学历证书复印件。  4.**5年以上**遗传病咨询相关临床工作经验证明。 **注：以上四项资料均需要加盖单位鲜章** |
| 从事**产前咨询**的医师请携带：  1.**妇产科**医师执业证复印件。 2.医师资格证书复印件。  3.大专以上学历证书复印件。 4.中级以上技术职称复印件。  5.**5年以上**临床工作经验证明。 **注：以上五项资料均需要加盖单位鲜章** |
| 从事**超声产前筛查**的医师请携带：  1.**医学影像学**医师执业证复印件。  2.医师资格证书复印件。 3.大专以上学历证书复印件或中级以上技术职称复印件。 4.**2年以上**妇产科超声检查工作经验证明。 注：以上四项资料均需要加盖单位鲜章 | 从事**儿科咨询**的医师请携带：  1.**儿科**医师执业证复印件。 2.医师资格证书复印件。  3.大专以上学历证书复印件。 4.中级以上技术职称复印件。  5.**5年以上**临床工作经验证明。 **注：以上五项资料均需要加盖单位鲜章** |
| 从事**医学影像产前诊断**的医师请携带：  1.**医学影像学**医师执业证复印件。 2.医师资格证书复印件。 3.大专以上学历证书复印件。 4.中级以上技术职称复印件。 5.**5年以上**妇产科超声或核磁检查工作经验证明。 **注：以上五项资料均需要加盖单位鲜章** |
| 从事**实验室**技术人员请携带： 1.大专以上学历证书复印件或中级以上技术职称复印件。 2.**2年以上**临床实验室工作经验证明。 注：以上两项资料均需要加盖单位鲜章 | 从事**细胞遗传实验室**技术人员请携带： 1.大专以上学历证书复印件**或**中级以上技术职称复印件。 2.**2年以上**临床实验室工作经验证明。 **注：以上两项资料均需要加盖单位鲜章** |
| 从事**分子遗传实验室**技术人员请携带： 1.大专以上学历证书复印件**或**中级以上技术职称复印件。 2.**2年以上**临床实验室工作经验证明。 **注：以上两项资料均需要加盖单位鲜章** |

附件4

2024年四川省产前诊断（筛查）技术人员培训回执

填表单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **市（州）** | **姓名** | **工作单位** | **专业** | **从事岗位** | **学历** | **职称/职务** | **从事专业年限** | **电话** | **QQ号（或者邮箱）** | **备注计划参训时间** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

若拟进行产前筛查培训，从事岗位选填：产筛临床咨询、超声产前筛查、产筛生化免疫实验室技术，若拟进行产前诊断培训，从事岗位选填：遗传病咨询、产前咨询、儿科咨询、医学影像产前诊断（超声或者核磁）、细胞遗传学、分子遗传学。

2：计划参训时间为意向参训时间，具体参训时间，结合学员需求与培训基地计划，以培训单位正式安排为准。

3：填写回执发送至邮箱（scscqzdzx@163.com），报名咨询QQ 群：419146956。