

省际助产士过渡性计划(MMBP) 申请人
典型临床实践经验描述

给申请人的填写指南：

你可以用这个表从曾经雇佣你担任助产士工作的卫生保健机构（例如：医院，诊所或者接生中心）取得你的临床经验证明。如果该机构已经没有你的临床经验的详细记录的话，那么这个表会对你特别有用。

请填写下面第一部分的表格，并且将该表的复印件寄给你曾经受雇作为助产士工作过的机构。

PART I 第一部分(由申请人填写)

申请人全名：

曾用名（如果你的申请有关系的话）：

雇主名称：

你打算去执业的省/领地省：

申请人工作过的卫生保健机构名称：

雇员号码（如果有的话）：

雇佣日期：

本人授权以上机构的一位代表向省际助产士过渡性计划披露本应保密的材料。本人同意这些机构中与本人提交的省际助产士过渡计划申请有关的人士之间的通信联系是特许保密的。本人放弃要求向本人披露该内容的权利。

申请人签名：

日期：

背景资料

申请人已经申请参加“省际助产士过渡性计划”，打算在第一部分所示的省/领地省以注册助产士资格执业。这个注册前的过渡性课程旨在于帮助在其他国家研读过助产士课程的人士在申请在加拿大以助产士资格执业时候可以“衔接”或者填补她们知识或者技术上的不足。为了能够有资格进行注册和参加“省际助产士过渡性计划”，申请人必须提供她的助产士临床经验证明。

省际助产士过渡性计划评估员在决定申请人是否符合资格参加这个计划的时候，将使用本表所提供的信息资料。能否有资格参加这个计划的一个方法包括提供该申请人的临床实践经验描述。

给雇主的填写指南

注意：如果您是通过电子邮件收到这个表格的，那么请打印出来然后填好。申请人已经授权您提供她（他）的保密资料，并知道您提供的任何资料都不会向申请人披露。

1. 请把这张表格的第二部分全部填好

2. 请在推荐表末尾的方框内提供您的名字，专业职称和联系资料，这些资料是至关重要的，我们可能和您联系以便索取进一步的资料。
3. 在标示处签上您的名字和日期。
4. 请将推荐表直接邮寄或派人递送至卑诗省助产士学院。不要将此表给申请人或者其他任何人，因为这样做会使其无效的。

请将填好的表邮寄或递送至以下地址：

THE MULTI-JURISDICTIONAL MIDWIFERY BRIDGING PROJCT
C/O COLLEGE OF MIDWIVES OF BC
210 – 1682 West 7th Avenue
Vancouver, BC V6J 4S6
Canada

电话号码： 604-742-2232 或者 1-888-642-2232 （免费拨打）

您为协助推荐这位申请人而花费了不少时间和作出了努力，对此我们表示非常感谢。

第二部分 (由雇主填写)

1. 请在描述申请人的受雇地位的小方框内打勾

- 申请人被雇为全职助产士
- 申请人被雇为兼职助产士

附加评语：

2. 申请人受雇的起止日期

何时开始： (年/月/日) 何时终止： (年/月/日)

附加评语：

3. 请提供申请人的工作岗位职称和简要地描述她（他）在该岗位作为助产士的责任。

4. 申请人在受雇的一年内以上述受雇地位和职位作为助产士而进行的产前巡视的次数通常是多少，请提供一个估计。

5. 申请人在受雇的一年内以上述受雇地位和职位作为助产士而进行产后巡视的次数是多少，请提供一个估计。

6. 申请人在受雇的一年内以上述受雇地位和职位作为**主助产士**而进行的接生次数通常是多少，请提供一个估计。

7. 申请人在受雇的一年内以上述受雇地位和职位作为副助产士（助理助产士）或者在（主助产士之外的）另外职位任上而进行的接生次数通常是多少，请提供一个估计。

附加评语：

本表填写人的名字和专业职称

雇主名称:

申请人工作过的卫生保健机构的名称（如果和雇主的名称不同的话）:

地址:

电话号码:

电子邮件 地址:

签名:

日期: