



省际助产士过渡性计划(MMBP) 申请人  
专业推荐表

背景资料

申请人在本表以下第一部分中已经申请参加“省际助产士过渡性计划”，并打算在第一部分所示的省或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。

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在某一注册助产士管理辖区的过去或者现在的注册助产士证明材料。申请人也必须提供她的身份的 evidence 和提供能表明她是一个合乎职业道德准则，安全和负责任的执业者的证明材料。

通过填写本表来与我们分享您对申请人的了解对作好这个评估是很重要的。

给推荐人的填写指南

**\*注意：**如果这份表格是通过电子邮件收到的，那么，就请您将申请表和数码照片打印出来，然后按照以下的指示来做。申请人已经授权您提供这些保密资料并且知道您提供的任何资料都不会披露给申请人。

1. 在照片的背后签字以证明这是申请人的真实照片。
2. 请将推荐表的第二部分全部填写。如需要，可另外加页。
3. 请在推荐表的末尾的方框内填上您的名字，联系资料，专业职称和注册登记号码。这些资料是至关重要的，我们有可能和您联系以便索取进一步的资料。
4. 在推荐表的标示处签名。
5. 将填好的推荐表装入信封封讫，并在封缄处签名。
6. 请按照以下地址将推荐表直接交回给卑诗省助产士学院。 不要将该表格交给申请人或者其他任何人，因为这样会使得失效的。

**以上所有步骤都必须完成以便使本推荐表能够被接受。**

您为帮助推荐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。

# MULTI-JURISDICTIONAL MIDWIFERY BRIDGING PROJECT

[www.midwiferybridging.ca](http://www.midwiferybridging.ca)

---

请将填好的表格邮寄或者递送至以下地址：

THE MULTI-JURISDICTIONAL MIDWIFERY BRIDGING PROJECT

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）

**第一部分 (由申请人填写)**

申请人名字:

你打算去执业的省/领地省:

推荐人名字:

请标示推荐人专业职称: :

助产士

护士

医师

其他

本人授权推荐人向省际助产士过渡计划和本人打算去执业的(由以上所示的)省/领地省的助产士管理机构提供本应保密的材料。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:



推荐人: 请在照片后面签字以便证明这是申请人的真实照片。

**第二部分 (由推荐人填写)**

1. 您是在履行何种职责的时候观察到申请人在从事助产士工作的?

2. 您是在何处观察到以助产士身份工作的申请人?

3. 您是在什么时期观察到申请人以助产士身份工作的(可能的话, 请标示出具体的日期)

4. 您是否直接观察到申请人履行其责任来进行接生的?

是

不是

5. 如果您是医师的话, 那么申请人是否曾将在她护理之下的产妇介绍给您就诊或护理转移呢?

有

没有

不适用

6. 据您所知，申请人是否有任何精神健康方面的问题或者是有可能会妨害其助产士执业能力的吸毒问题？

有 如有的话，请解释说明       没有

7. 您是否知道任何引起对申请人进行调查或者纪律处分的投诉？

有 如有的话，请解释说明       没有

8. 您是否认为申请人诚实，可靠和其行为合乎职业道德？

是       不是 如果不是，请解释说明

9. 您是否相信申请人能以恰当的专业操守准则行事？

是       不 如果不，请解释说明

10. 您是否相信申请人作为助产士能安全地执业？

是       不 如果不，请解释说明

11. 您是否还有任何您认为应该向助产士学院披露的关于申请人的专业或者道德操守的附加资料?

有 如果有, 请解释说明       没有

推荐人的名字和专业职称:

地址:

电话号码:

电子邮件地址:

专业管理机构:

注册登记号码:

推荐人签字:

日期: