医师定期考核表（简易程序）

**考核年度：2017年度**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | | 年 月 | | 相  片 |
| 学历 |  | 毕业学校 |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | 参加工作时间 | | 年 月 | |
| 医师资格证书编码 |  | | | 取得时间 | | 年 月 | |
| 医师执业证书编码 |  | | | 取得时间 | | 年 月 | |
| 执业情况 | 在职/返聘 | 执业经历 | 年 | | 执业范围 | |  | |
| 医  师  行  为  记  录 | 良好  行为  记录 | 受到的表彰、奖励 | | |  | | | |
| 完成的政府指令性任务 | | |  | | | |
| 取得的科研技术成果 | | |  | | | |
| 不良  行为  记录 | 违反医疗卫生管理法规和诊疗规范受到行政处罚、处分情况 | | |  | | | |
| 发生医疗事故情况 | | |  | | | |
| 医师申请简易程序  考核理由 | | 本人签名： 年 月 日 | | | | | | |
|  | | 执业机构评定意见：  同意□ 不同意□  执业机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
|  | | 考核机构复核意见：    同意□ 不同意□ | | | | | | |
| 考  核  意  见 | 工作成绩评定 | 完成工作数量 合格□ 不合格□  完成工作质量 合格□ 不合格□  完成政府指令性工作情况 合格□ 不合格□  执业机构评定意见： 合格□ 不合格□    执业机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 考核机构复核意见：  同意□ 不同意□ | | | | | | |
| 职业  道德  评定 | 执业机构评定意见：  合格□ 不合格□  执业机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 考核机构复核意见：    同意□ 不同意□ | | | | | | |
| 个  人  述  职 | （本栏不填写，需要单独提交个人述职）  本人签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 执业机构评定意见：  同意□ 不同意□  执业机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 考核机构复核意见：      同意□ 不同意□ | | | | | | |
| 考核结果 | | 考核结论  合格□ 不合格□  考核机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | |

注：1.在选定的□内打“∨”。

2.考核不合格原因、对考核结果提出复核申请的处理意见及其他需要说明的记入备注栏。

附件3：

雁塔区2017年医师定期考核人员花名册

医疗机构名称（章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 年龄 | 执业证书编号 | 执业类别 | 执业范围 | 技术职称 | 身份证号码 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |