附件2

医师定期考核表（简宜程序）

 **考核年度：2016-2017**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 医师申请简宜程序考核理由 | 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。