附件3

医师定期考核表（简宜程序）

 **考核年度：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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****简宜程序****考核理由** | **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。