医师定期考核表（简易程序）

考核年度：第三周期

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | |
| 考  核  意  见 | 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□  执业机构盖章 年 月 日 | | | | |
| 备注 | |  | | | | |