附件2

**医师定期考核表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医  师  基  本  信  息 | 姓名： 性别： | |
| 专业技术职称： | |
| 医师资格证书号码： | |
| 医师执业证书号码： | |
| 本次考核医师执业范围执业开始时间： 年 月 | |
| 执业注册所在医疗机构名称： | |
| 完成政府指令性任务情况 □合格 □不合格 | |
| 考核信息 | 考核周期 年 月至 年 月 | |
| 执行简易程序 □ 理由：□5年以上执业经历，良好行为记录  □12年以上执业经历，无不良行为记录 | |
| 考核完成时间 年 月 日 | |
| 考核机构名称： | |
| 考核意见 | 工作成绩 | 完成工作数量 □合格 □不合格  完成工作质量 □合格 □不合格  其他  考核结果 □合格 □不合格  年 月 日 |
| 考  核  意  见 | 职业道德 | 考核结果 □合格 □不合格  盖 章  年 月 日 |
| 业务水平 | 免试□ 理由：□通过住院医师规范化培训  □通过晋升上一级专业技术职务考试  测试方式（考核机构根据实际列举填写）：  临床技能 □合格 □不合格  综合笔试 □合格 □不合格  测试结果： □合格 □不合格  盖 章  年 月 日 |
| 考  核  结  果 | 对工作成绩和职业道德的复核意见 □同意 □不同意  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□内划√

2、考核不合格原因填入备注栏。

3、对考核结果不服并提出复核申请的处理情况填入备注栏

4、其它需说明的问题记入备注栏。

5、考核机构及时将医师定期考核情况录入医师电子化注册系统。