

附件 1

个体医师定期考核表（简易程序）

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				
医师申请简易程序考核理由		<p style="text-align: right;">本人签名： 年 月 日</p>				
		执业机构评定意见： <p style="text-align: right;">同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">执业机构盖章 年 月 日</p>				
		考核机构复核意见： <p style="text-align: right;">同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/></p>				

考核意见	工作成绩评定	完成工作数量	合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/>
		完成工作质量	合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/>
		完成政府指令性工作情况	合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/>
	职业道德评定	执业机构评定意见:	合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/>
		考核机构复核意见:	同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/>
		执业机构评定意见:	合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/>
个人述职	考核机构复核意见:	同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/>	
	本人签名:	年 月 日	

		执业机构评定意见： <div style="text-align: right;">同意<input type="checkbox"/> 不同意<input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: right;">执业机构盖章 年 月 日</div>
		考核机构复核意见： <div style="text-align: right;">同意<input type="checkbox"/> 不同意<input type="checkbox"/></div>
考核结果	考核结论 <div style="text-align: right;">合格<input type="checkbox"/> 不合格<input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: right;">考核机构盖章 年 月 日</div>	
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。