**2019年临夏县特岗全科医生基本信息登记表**

市（州）  县（市） 乡（镇）卫生院

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.个人信息** | | | | | | | | |
| 姓    名 | |  | | | 性    别 |  | | 相  片 |
| 出生年月 | |  | | | 民    族 |  | |
| 籍    贯 | |  | | | 政治面貌 |  | |
| 学    历 | |  | | | 学    位 |  | |
| 专业技术资格 | |  | | | 身份证号 |  | |
| 户籍所在地 | |  | | | | | | |
| 婚姻状况 | |  | | | 档案保管单位 | |  | |
| 家庭详细地址 | |  | | | | 邮政编码 | |  |
| 联系电话 | |  | | | | 电子邮箱 | |  |
| **2.执业医师资格相关信息** | | | | | | | | |
| 医师资格证书编码 | | |  | | | 发证时间 | |  |
| 执业类别及范围 | | | □临床类别全科医学专业  □中医类别全科医学专业  □临床类别内科专业 □中医类别中医专业  □其它，请注明： | | | | | |
| 受聘前是否注册执业 | | | □是  □否 | | | | | |
| 医师执业证书编码 | | |  | | | 发证时间 | |  |
| 执业地点 | | |  | | | 执业范围 | |  |
| **3.教育培训情况**(从中专填起,含进修和培训) | | | | | | | | |
| 起始年月 | 终止年月 | | | 学校名称 | | 专业 | | 学历学位 |
|  |  | | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | |  | |  |
| **4.是否参加过省级卫生行政部门**（含中医药管理部门）组织的全科医生规范化培养、转岗培训或者岗位培训 | | | | | | | | □是  □否 |
| 考核是否合格 | | | | | □是    □否 | | | |
| **5.工作经历** | | | | | | | | |
| 起始年月 | 终止年月 | | | 工作单位 | | 职称 | | 从事专业 |
|  |  | | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | |  | |  |
| **6.特岗全科医生所在乡镇卫生院基本情况** | | | | | | | | |
| 乡镇卫生院名称 | | | 县（市、区）        乡（镇）卫生院 | | | | | |
| 通信地址 | | |  | | | 邮政编码 | |  |
| 法人代表 | | |  | | | 手机 | |  |
| 办公电话 | | |  | | | 传真电话 | |  |
| **7.受聘后执业注册情况** | | | | | | | | |
| 医师执业证书编码 | | |  | | | 变更或注册时间 | |  |
| 执业地点 | | |  | | | 执业范围 | |  |

**备注：**1.此表由受聘的特岗全科医生填写，一式四份，服务的乡镇卫生院存一份，逐级上报县、市、省三级卫生计生行政部门，各存一份。

2.此表（含WORD文档）请市州卫生计生委收集后，统一报送省卫生计生委人事处。