

附件 2

## 个体医师定期考核表（一般程序）

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						
考 核 意 见	工 作 成 绩 评 定	完成工作数量 <div style="text-align: right;">合格<input type="checkbox"/> 不合格<input type="checkbox"/></div> 完成工作质量 <div style="text-align: right;">合格<input type="checkbox"/> 不合格<input type="checkbox"/></div> 完成政府指令性工作情况 <div style="text-align: right;">合格<input type="checkbox"/> 不合格<input type="checkbox"/></div> 执业机构评定意见： <div style="text-align: right;">合格<input type="checkbox"/> 不合格<input type="checkbox"/></div>				
		执业机构盖章			年 月 日	

