**江苏省医师提前考核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医师基本信息 | 姓名 | |  | | 性别 |  | 照  片 |
| 专业技术职务 | | |  | | |
| 医师资格证书号 | | |  | | |
| 医师执业证书号 | | |  | | |
| 本次考核医师执业类别执业开始时间： 年 月 | | | | | | |
| 执业注册所在医疗、预防、保健机构名称： | | | | | | |
| 完成政府指令性任务情况： 合格□ 不合格□  在工作中推广应用成熟医疗技术情况： 合格□ 不合格□ | | | | | | |
| 考核信息 | 考核周期： 年 月至 年 月 | | | | | | |
| 考核完成时间： 年 月 日 | | | | | | |
| 考核机构名称： | | | | | | |
| 简易程序□ 一般程序□ | | | | | | |
| 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：  医师执业机构（公章）  年 月 日 | | | | | |
| 考核意见 | 职业道德 | 测试结果： 合格□ 不合格□  医师执业机构（公章）  年 月 日 | | | | | |
| 业务水平 | 测试方式：  测试结果：合格□ 不合格□  医师定期考核机构（公章）  年 月 日 | | | | | |
| 考核结果 | 对工作成绩和职业道德的复核意见：合格□ 不合格□  考核结论： 合格□ 不合格□  医师定期考核机构（公章）  年 月 日 | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |

注：1、在选定的□内划“√”

2、考核不合格的原因填入备注栏。

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、其它需要说明的记入备注栏。