附件1

农村全科医生副高级职称考核认定汇总表

填报单位（盖章）：

| 序号 | 姓 名 | 性别 | 出生年月 | 学历 | 工作单位 | 现有职称 | 取得时间 | 是否参加  全科医生  规范化培训 | 申报专业 | 备注 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 说明：1. 所有栏目必须如实填写，漏填项目不受理报名；2. 表中涉及的时间只填数字不填汉字，例：出生年月填写“68.06”；3. 此表用A3纸打印。 | | | | | | | | | | |

附件2

农村全科医生副高级职称考核认定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | | | | 性别 | | | |  | | | 身份证号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | 申报专业 | | | | | |  | | |
| 工作单位 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 参加工作时间 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 学历情况 | 第一学历 | | | |  | | | | 毕业时间 | | | |  | | | | | | | 毕业院校及专业 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 最高学历 | | | |  | | | | 毕业时间 | | | |  | | | | | | | 毕业院校及专业 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 现有职称  名称及专业 | | | |  | | | | | | | 职称证书  编号 | | | | | |  | | | | | | | | 取得方式  及时间 | | | | |  | | | | | 聘任时间 | | | |  | |
| 医师资格  证书编号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 全科医生规范化培训合  格证书编号及取得时间 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 医师执业资  格证书编号 | | | |  | | | | | | | | | | | | 主要执业  机构 | | | | | | | |  | | | | | | | 执业范围 | | | | |  | | | | |
| 取得中级  职称以后  近10年  考核情况 | | | 年度 | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | |  |
| 结果 | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | |  |
| 工作  简历 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 取得中级  职称以来  奖惩情况 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 取得中级  职称以来  工作完成情况及  主要业绩 |  | | | |
| 单位推荐意见 | | 主管单位意见 | | 县（区）审核部门意见 |
| 负责人： （公章）  年 月 日 | | 负责人： （公章）  年 月 日 | | 负责人： （公章）  年 月 日 |
| 省辖市（省直管县、市）人社部门意见 | | | 考核认定委员会意见 | |
| 负责人： （公章）  年 月 日 | | | 负责人： （公章）  年 月 日 | |

说明：此表一式三份，由省辖市人社部门、主管部门、用人单位分别留存。

附件3

农村全科医生副高级职称考核认定

材料真实性保证书

本人申报农村全科医生副高级职称考核认定，所提供各种表格、相关证书、业绩成果、病历等材料真实可靠。如有任何不实，愿按照职称政策的有关规定接受处理。

申报人：

年 月 日

兹保证 同志确系本单位职工，个人信息和申报评审材料经审核真实有效，申报推荐工作符合程序和要求。如有不实和隐瞒，愿承担责任并接受处罚。

主管单位

工作单位（盖章）

负责人（签名）

年 月 日