附件11

江阴市医师定期考核提前考核申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医  师  基  本  信  息 | 姓名： 性别： 年龄： 职称： | | |
| 科室： 专业： | | |
| 医师资格证书号码： | | |
| 医师执业证书号码： | | |
| 执业注册所在医疗机构名称： | | |
| 已考核周期： 年 月至 年 月 | | |
| 提前考核周期： 年 月至 年 月 | | |
| 申请理由 | 是否具有简易程序考核条件： 是 否 | | |
| 简易程序理由： | | |
| 提前考核理由 | | |
| 申请人（签名） | | |
| 考核意见 | 工作成绩 | □合格 □不合格 | 医师执业机构（公章）  年 月 日 |
| 职业道德 | □合格 □不合格 |
| 业务水平  （一般程序填写） | 综合笔试 分 实践技能 分  论文 分 科研 分  带教 分  综合结果： □合格 □不合格  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：□同意 □不同意  考核结论： □合格 □不合格  考核机构（公章）  年 月 日 | | |
| 备注 |  | | |