|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 | | | | |
| 乡村医生考核表 | | | | |
| 乡  村  医  生  基  本  信  息 | 姓名： | 性别： | | 出生日期： |
| 身份证号： | | 乡村医生执业证书号码： | |
| 注册村医疗卫生机构名称： | | | |
| 家庭住址： | | | 联系电话： |
| 专业技术职称： | | | 学历： |
| 毕业学校和专业： | | | |
| 执业起始时间： 年 月 | | | |
| 考  核  信  息 | 考核周期： 2015 年 1 月 至 2019 年 12 月 | | | |
| 考核完成时间： 2019 年 12 月 31 日 | | | |
| 个  人  述  职 |  | | | |
| 个  人  述  职 | 签名：  年 月 日 | | | |
| 考  核  结  果 | 考核小组（或考核委员会）意见：  年 月 日 | | | |
|
|
| 考核委员会复核意见：    年 月 日 | | | |
|
|
|
|
| 考核委员会主任：  年 月 日 | | | |
|
|
|
| 乡村医生对考核结果意见 | 签名：  年 月 日 | | | |
|
|
|
|
|
|
| 注：乡村医生对考核结果有异议的，可以在收到考核评定结果之日起15日内，向考核委员会提出复核申请。乡村医生逾期末提出异议的，视为接受考核结果。 | | | | |