附件4

**农村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：此表双面打印，一式3份，由省辖市人社部门、主管部门、用人单位分别留存，同时需扫描上传至职称申报系统——补充资料一栏。