

附件 3

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：此表一式3份，由省辖市人社部门、主管部门、用人单位分别留存。