**2017年专业技术职务聘任材料审查表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 |  | 拟申报专业及任职资格 |  |  |
| 姓名 |  | 性别 |   | 民族 |   | 出生年月 |  | 年龄 | 岁 |
| 学历情况 | 最高医学学历 | 毕业时间 | 毕业学校 | 所学专业 | 学制 | 学位 |
|  |  |  |  |  |  |
| 专业工作技情术况 | 参加工作时间 | 执业医师类别（具有医师资格人员填写） | 现任专业技术职务 | 何时何单位聘任（任命） |
|  |  |  |  |
| 从事本专业工作年限 | 现有专业技术职务任职资格 | 考取中级资格时间及审批机关 |
|  |  |  |
| 任期考核结果 | 2011年 | 2012年 | 2013年 | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 2017年 |
|   |   |   |   |   |   |   |
| 外语考试成绩 | 合格 | 不合格 | 放宽 | 免试 | 计算机考试成绩 | 合格 | 不合格 | 放宽 | 免试 |
|   |  |  |  |   |  |  |  |
| 继续医学教育学分 | 总分 | 其中Ⅰ类 | 2012年 | 2013年 | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 2017年 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 到县或乡卫生机构情况 | 累计服务时间（计算到天） | 不需具备 |
| 大写： 年 月 天 小写 （天） |  |
| 主要论文专著及科研项目情况 | 题 目 | 刊物名称（年、月、期、卷） | 角 色 |
|  |  |  |
| 科室意见及支部意见 |   （签字或盖章）  年 月 日 | 护理部意见（护士） |   （签字或盖章）  年 月 日 | 单位意见  |  （签字或盖章）  年 月 日 |