|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **科 室** |  | **拟申报专业及****任职资格** |  | **（照片）** |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **民族** |  | **出生****年月** |  | **年龄** | **岁** |
| **学历情况** | **最高学历** | **毕业时间** | **毕业学校** | **所学专业** | **学制** | **学位** |
|  |  |  |  |  |  |
| **专业工作技术况情** | **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** | **聘任时间** |
|  |  |  |  |
| **从事本专业工作年限** | **现有专业技术职务任职资格** | **考取资格时间及审批机关** |
|  |  |  |
| **任期年度考核结果** | **2018年** | **2019年** | **2020年** | **2021年** | **2022年** | **2023年** |
|  |  |  |  |  |  |
| **继续医学****教育学分** | **总分** | **其中Ⅰ类** | **2019年** | **2020年** | **2021年** | **2022年** | **2023年** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **资历情况** | **急诊科轮转经历** | **住培经历或住培管理工作经历** |
| **年 月 日——年 月 日** | **年 月 日——年 月 日** |
| **业绩成果** | **成果（期刊、获奖）类别** | **成果（刊物、获奖）名称、取得时间、颁发单位** | **角 色** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **个人承诺** | **本人承诺所提交的所有申报材料(包括:毕业证书、资格证书、获奖证书、考试合格证书及论文、业绩材料等)均真实有效。如提供虚假、失实的申报材料，本人愿就此承担相应责任,接受相关部门严肃处理。****签字：** **年 月 日** | **科室意见及支部意见** | **（签字或盖章）** **年 月 日** | **护理部意见（护士** | **（所有申报人员均需请医务科签字，护理人员还需要请护理部签字）****（签字或盖章）** **年 月 日** |

**专业技术职务聘任材料审查表（2023年）**