附件2

乡村医生等级评审申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 姓 名 |  | 性 别 |  |  |
| 联系方式 |  | 出生日期 |  |
| 身份证号码 |  |
| 申报信息 | 申报等级 |  |
| 村卫生室名称 |  | 医疗机构执业许可证编号 |  |
| 医师资格证书类型 |  | 医师资格证书编号 |  |
| 乡村医生执业证书编号 |  |
| 在村卫生室连续工作时间 |  | 近2年乡村医生考核情况 | 前一年排名为前 % | 前一年考核结果合格 不合格 |
| 前二年排名为前 % | 前二年考核结果合格 不合格 |
| 申报人员签名 |  |
|  初审意见 | 审核人： 年 月 日 | 审核单位签章年 月 日 |
| 复审意见 |  县级卫生健康行政部门  |

备注：医师资格证书类型指执业（助理）医师证书等。