附件2

2019年特岗全科医生基本信息登记表

服务单位：  市 县（市、区）

|  |
| --- |
| **1.个人基本信息** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |  相 片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 专业技术资格 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号 |  |
| 家庭详细地址 |  | 户籍所在地 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 邮政编码 |  | 档案保管单位 |  |
| **2.执业医师资格相关信息** |
| 医师资格证书编码 |  | 发证时间 |  |
| 执业类别及范围 | □临床类别全科医学专业 □临床类别内科专业□中医类别全科医学专业 □中医类别中医专业□其他：请注明: |
| 受聘前是否注册执业 | □是 □否 |
| 医师执业证书编码 |  | 发证时间 |  |
| 执业地点 |  | 执业范围 |  |
| **3.教育培训情况(从中专填起,含进修和培训)** |
| 起始年月 | 终止年月 | 学校名称 | 专业 | 学历学位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **4.是否参加过省级卫生行政部门（含中医药管理部门）组织的全科医生规范化培养、转岗培训或者岗位培训** | □是□否 |
| 考核是否合格 | □是 □否 |
| **5.工作经历** |
| 起始年月 | 终止年月 | 工作单位 | 职称 | 从事专业 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **6.特岗全科医生服务单位基本信息** |
| 设岗县级公立医疗机构 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 传真电话 |  |
| 派驻乡镇卫生院 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 传真电话 |  |
| **7.受聘后执业注册情况** |
| 医师执业证书编码 |  | 变更或注册时间 |  |
| 执业地点 |  | 执业范围 |  |

备注：此表一式五份，自治区、市、县级卫生健康（计生）行政部门和设岗县级公立医疗机构、派驻乡镇卫生院各存一份。