附件2

2018年度辽宁省特岗全科医生基本信息登记表

填报单位： 县（市、区）卫生计生委（卫生局）公章 填报日期：

审核单位： 市卫生计生委（卫生局）公章 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1．个人信息** | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | 性 别 |  | | | | | 照 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 |  | | | | |
| 户籍所在地 |  | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 |  | | 档案保管单位 | | | | |  | | | | |
| 家庭详细地址 |  | | | | | | 邮政编码 | | | |  | |
| 联系电话 |  | | | | | | 电子邮箱 | | | |  | |
| **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，请详细注明（ ） | | | | | | | | | | |
| 受聘前是否注册执业 | | 是 否 | | | | | | | | | | |
| 医师执业证书编码 | |  | | | | | 发证时间 | |  | | | |
| 受聘前执业地点 | |  | | | | | 执业范围 | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3．教育培训情况（从中专填起，含进修和培训）**  **注：参加全科规范化培训、转岗培训、岗位培训情况也需填写** | | | | | | | | | | | | | |
| 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训、，；转岗培训 ；岗位培训。。。** | | | | | | | | | | | 是  否 | | |
| 考核是否合格 | | | | 是 否 | | | | | | | | | |
| **5、工作经历**  **注：最后一个工作经历应与前页“受聘前执业地点”一致** | | | | | | | | | | | | | |
| 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** | | | | | | | | | | | | | |
| 聘用特岗全科医生的县级公立医院或政府办乡镇卫生院 | | |  | | | | | | | | | | |
| 通信地址 | | |  | | | | | 邮政编码 | | |  | | |
| 联系人 | | |  | | | | | 联系电话及传真 | | |  | | |
| **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，省、市、县卫生计生行政部门、县级公立医院、乡镇卫生院各存一份。**