附件：1. 艰苦边远地区特岗全科医生基本信息

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1 |  |  |  |  |  |
| 艰苦边远地区特岗全科医生基本信息登记表 | | | | | |
|  | | | | | |
| 市 县（市、区） 乡（镇）卫生院 | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| 1.个人信息 | | | | | |
| 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 |  | 身份证号 |  |
| 户籍所在地 |  | | | | |
| 婚姻状况 |  | 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 | | | | | |
| 医师资格证书号码 |  | | 发证时间 |  | |
| 执业类别及范围 | □临床类别全科医学专业 □中医类别全科医学专业 □临床类别内科专业 □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健康行政部门（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.特岗全科医生所在乡镇卫生院基本情况 | | | | | |
| 乡镇卫生院名称 | 县（市、区）乡（镇）卫生院 | | | | |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  | | |
| 法人代表 |  | 手机 |  | | |
| 办公电话 |  | 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：此表由受聘特岗全科医生填写，一式五份，服务的乡镇卫生院、本人人事档案各存一份，逐级上报县、市卫生健康委（卫生计生委）和省卫生健康委，各存一份。 | | | | | |