编号：

**市二院社会化用人择优纳入编制周转池管 理**

**报**

**名**

**表**

**年 月 日**

**基本情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 现 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 贴小二寸彩色照 片 处 |
| 出生年月 |  | 所在科室 |  |
| 来院时间 |  | 聘用岗位 |  |
| 参加工作时 间 |  | 身体状况 |  |
| 政治面貌 |  | 身份证号 |  |
| 现专业技术职称名称及取得时间 |  | 聘任时间 |  |
| 现任职务 |  | 任职时间 |  |
| 获奖情况 |  |
| 学会任职情况 |  |
| 中专及以上学历 | 入学至毕业时间 | 学 校 | 专 业 | 学 制 | 学 位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 参加何学术团休任何职 |  |

注：1.“聘用岗位”一栏，主要填写“医疗、护理、医技、医药”。

1. “现专业技术职称名称及取得时间”一栏，主要填写现取得且已聘任的最高的专业技术职务。

**资格审核情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 主管部门审核意见 |  |
| 审计监察室审核意见 |  |
| 备注 |  |

注：1.主管部门意见主要由医务部或护理部审核意见。

**考核情况**

一、年度考核及医德医风考核：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 考核年度 | 年度考核结果 | 备注 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 考核部门意见  |  公 章年 月 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 考核年度 | 医德医风考核结果 | 备注 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 考核部门意见  |  公 章年 月 日 |

**考核情况**

1. 工作实绩考核：

|  |  |
| --- | --- |
| 考核意见（专业技术能力情况和工作实绩） |  |
| 科室民主管理小组签字 |  |

三、理论考核：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日 期 | 考试科目 | 考试成绩 |
|  |  |  |
| 公 章年 月 日 |

四、综合评定：

|  |  |
| --- | --- |
| 院领导考核小组意见 |  |

**公示情况**

|  |
| --- |
| 公示时间： |
| 公示地点： |
| 公示结果： 公 章 年 月 日 |

**审批意见**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位意见 | 主管部门意见 |
|   公 章 年 月 日 |   公 章 年 月 日 |
| 人社部门审核意见 | 市编制部门意见 |
|   公 章 年 月 日 |   公 章年 月 日 |