**表6**

**医师定期考核个人述职表**

医师执业注册所在医疗机构名称：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 述职人 | |  | | 性别 |  | 照  片 |
| 执业时间 | |  | | 专业 |  |
| 填报时间 | |  | | 科室 |  |
| 医师资格证书编码 | | |  | | |
| 医师执业证书编码 | | |  | | | |
| 简易程序情形 | | |  | | | |
| 本人述职报告 |  | | | | | |
| 本人述职报告 |  | | | | | |
|  | 声明：本人已清楚知道《医师定期考核管理办法》的有关规定，认真核对了上述填写内容，确认以上内容真实可信，且为事实之全部，否则，本人愿承担相应的责任。  签名： 日期： | | | | | |

注：本表由医师本人如实填写，表格不格可另附A4空白页补充