附件2

**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 |  |
| 职业类别及范围 | □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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1. **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：1.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、市卫生健康委和省卫生健康委，各存一份。

2.此表（含word文档）请市卫生健康委收集后，办理聘用手续后15工作日内报送省卫生健康委人事处。