附件14

专业技术资格审核意见表

申报人姓名： 申报资格：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、是否存在以下情况： | | | | |
| 1.医疗事故责任者三年内 | □是 | | □否 | |
| 2.医疗差错责任者一年内 | □是 | | □否 | |
| 3.受到行政处分处分期内 | □是 | | □否 | |
| 4.近一年以来发生严重有违医德、学术道德等行为 | □是 | | □否 | |
| 二、医德医风、学术道德考核情况 | □优 | □良 | □中 | □差 |
| 三、本人所在单位人事部门审核意见 | | | | |
| 是否同意个人申报 | □是 | | □否 | |
| 盖章：  年 月 日 | | | | |
| 四、上级单位人事部门审核意见 | | | | |
| 盖章：  年 月 日 | | | | |

注：签章处由人事部门负责人签字后加盖人事部门印章。