附件5

南通市医师定期考核一般程序汇总表

单位：         （盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医院名称 | 姓名 | 执业级别 | 执业类别 | 执业范围 | 业务水平测评科目 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：1、执业级别分为执业医师和执业助理医师（乡镇执业助理医师）。

2、执业类别分为临床、中医、公卫和口腔。

3、执业范围为《医师执业证书》上的执业范围。