附件2：

基层卫生骨干人才候选人基本情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **民族** |  | **出生日期** |  |
| **身份证号码** |  |
| **第一学历** |  | **毕业院校及专业** |  |
| **最高学历** |  | **技术职称** |  | **医师级别（执业或助理）** |  |
| **执业类别（临床、预防、口腔等）** |  |
| **执业范围（全、内、外、妇等科）** |  | **职务** |  |
| **从事医疗卫生专业工作年限** |  |
| **在基层医疗机构累计工作年限** |  |
| **工作简历：** |
| **主要表彰奖励情况** |
| **2015年7月1日至2016年6月30日个人主要工作实绩（门诊人次、住院病人数、手术例数、其他相关工作量及服务质量）：** |

**根据江苏省、常州市《关于开展基层卫生骨干人才遴选工作的通知》的要求，本单位卫生骨干人才候选人已由院委会推荐产生，如对推荐对象有异议者，可向院部或市卫计局实名反映，电话:0519-87223183 0519-87224257。**