附件4：

**医务人员医德考评登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | | 出生年月 | | |  | |
| 政治面貌 |  | | 文化程度 | | |  | | 现聘岗位 | | |  | |
| 聘用时间 |  | | 从事工作 | | |  | | | | | | |
| 本  年  度  医  德  医  风  工  作  总  结 |  | | | | | | | | | | | |
| 科 室  （病区）  意 见 | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 考评小组综合评价得分及  意 见 | 单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 被 考  核 人  意 见 | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 复 核  意 见 | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 汇 总 | 优秀 |  | | 良好 |  | | 一般 | |  | 较差 | |  |