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 |  |