附件2

 医师定期考核机构申请审核表

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称 |  |
| 机构性质 | □医疗机构 医疗机构执业许可证号码： |
| □预防、保健机构 中华人民共和国组织机构代码证号码： |
| □医疗卫生行业、学术组织社会团体法人登记证号码： |
| 机构地址 |  |
| 法人代表 |  |
| 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 机构一般情况 |  |
| 提 交材 料目 录（附后） | 1.医师定期考核机构申请审核表；2.医疗卫生机构执业许可证，中华人民共和国组织机构代码证或社会团体法人登记证书副本复印件；3.拟成立的医师定期考核委员会组织架构、成员名单及个人简历；4.医师定期考核工作制度和具体实施方案。 |
| 单 位意 见 | 法人代表（签字）： 单位（盖章） 年 月 |
| 机 构主 管 部 门 意 见 | 年 月 日（盖章） | 卫 生 行 政 部 门意 见 |  年 月 日（盖章） |

注:1.此表一试2份，一份审批后由本单位存档，一份由卫生健康行政部门存档。

 2.机构一般情况应当包括床位情况、医师情况、组织机构情况及诊疗量等。