附件10

医务人员医德医风考评登记表（试行）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 任职时间 |  | 学 历 |  |
| 现任专业技术职务 | |  | | | |
| 医德医风  考评部门  意见 | 任现职以来医德医风综合考评意见为（ ），  （ 是 / 否）同意申报。      盖 章：  年 月 日 | | | | |