附件3.1

普洱市思茅区2023年医疗卫生专业技术人员招引业绩评价表

【岗位：肿瘤科（普通外科专业）职位代码2023001、20223002】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **身份证号码** | |  |
| **学 历** |  | | **工作单位** | |  |
| **现有职称** |  | | **资格取得时间** | | **年  月  日** |
| **限制类医疗技术培训合格证：有 无， 合格证** | | | | | |
| **工作量统计数据** | | | | | |
| **门诊工作量** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **出院人数**  **（主管病人数）** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **出院患者手术/操作例数**  **（只统计作为术者的例数）** | | 2020年： 例；2021年： 例  2022年： 例。 | | | |
| **学术任职**  **（现任）** | |  | | | |
| **科研能力**  **（近三年）** | | 1.专利 项，分别为专利名称、发明时间，专利类型  2.课题：国家级，省部级，市级/校级，局级、院级，课题名称，开题时间，结题时间。 | | | |
| **新技术新项目** | | 2020年： 项，项目或技术名称  2021年： 项，项目或技术名称  2022年： 项，项目或技术名称 | | | |
| **工作质量**  **（只统计作为术者的例数）** | | **2020年：**DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、 、  、  前五位术种： 、 、 、  、  三四级手术例数 ，腔镜手术例数 ；    **2021年：**DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  前五位术种： 、 、  、 、  三四级手术例数 ，腔镜手术例数 ；  **2022年：**DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  前五位术种 、 、  、 、  三四级手术例数 ，腔镜手术例数 ； | | | |
| **本人郑重承诺：本人所填报的数据真实有效、准确无误。如有虚假，本人将承担一切责任和后果。** | | | | | |
|  | | | | **签名按手印：** | |
|  | | | | **年  月  日** | |
| **单位审核意见** | | | | | |
| 单位  病案  部门  签字  （盖章） | 负责人（签字）：  盖章  年   月   日 | | | | |

填表说明：此表未独立设置病案室的单位由医务科签字并盖单位公章，个人务必填写完整，电子版打印后手工签名按手印，否则影响个人业绩评分成绩，影响最终录取成绩。

普洱市思茅区2023年医疗卫生专业技术人员招引业绩评价表

【岗位：肿瘤科（肿瘤内科/内科学专业）职位代码2023003】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **身份证号码** | |  |
| **学 历** |  | | **工作单位** | |  |
| **现有职称** |  | | **资格取得时间** | | **年  月  日** |
| **工作量统计数据** | | | | | |
| **门诊工作量** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **出院人数**  **（主管病人数）** | | 2020年： 人；2021年 人；  2022年： 人。 | | | |
| **学术任职**  **（现任）** | |  | | | |
| **科研能力**  **（近三年）** | | 1.专利 项，分别为专利名称、发明时间，专利类型  2.课题：国家级，省部级，市级/校级，局级、院级，课题名称，开题时间，结题时间。 | | | |
| **新技术新项目** | | 2020年： 项，项目或技术名称  2021年： 项，项目或技术名称  2022年： 项，项目或技术名称 | | | |
| **工作质量** | | 2020年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  2021年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  2022年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、 | | | |
| **本人郑重承诺：本人所填报的数据真实有效、准确无误。如有虚假，本人将承担一切责任和后果。** | | | | | |
|  | | | | **签名按手印：** | |
|  | | | | **年  月  日** | |
| **单位审核意见** | | | | | |
| 单位  病案  部门  签字  （盖章） | 负责人（签字）：  盖章  年   月   日 | | | | |

填表说明：此表未独立设置病案室的单位由医务科签字并盖单位公章，个人务必填写完整，电子版打印后手工签名按手印，否则影响个人业绩评分成绩，影响最终录取成绩。

普洱市思茅区2023年医疗卫生专业技术人员招引业绩评价表

【岗位：心内科（心血管内科专业）职位代码2023004】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **身份证号码** | |  |
| **学 历** |  | | **工作单位** | |  |
| **现有职称** |  | | **资格取得时间** | | **年  月  日** |
| **限制类医疗技术培训合格证：有 无， 合格证** | | | | | |
| **工作量统计数据** | | | | | |
| **门诊工作量** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **出院人数**  **（主管病人数）** | | 2020年： 人；2021年 人；  2022年： 人。 | | | |
| **学术任职**  **（现任）** | |  | | | |
| **科研能力**  **（近三年）** | | 1.专利 项，分别为专利名称、发明时间，专利类型  2.课题：国家级，省部级，市级/校级，局级、院级，课题名称，开题时间，结题时间。 | | | |
| **新技术新项目** | | 2020年： 项，项目或技术名称  2021年： 项，项目或技术名称  2022年： 项，项目或技术名称 | | | |
| **工作质量**  （介入治疗例数只统计作为术者和I助的例数） | | 2020年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  心血管疾病介入治疗（冠脉介入、心律失常介入、先心病介入）例数： ；  2021年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  心血管疾病介入治疗（冠脉介入、心律失常介入、先心病介入）例数： ；  2022年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  心血管疾病介入治疗（冠脉介入、心律失常介入、先心病介入）例数： ； | | | |
| **本人郑重承诺：本人所填报的数据真实有效、准确无误。如有虚假，本人将承担一切责任和后果。** | | | | | |
|  | | | | **签名按手印：** | |
|  | | | | **年  月  日** | |
| **单位审核意见** | | | | | |
| 单位  病案  部门  签字  （盖章） | 负责人（签字）：  盖章  年   月   日 | | | | |

填表说明：此表未独立设置病案室的单位由医务科签字并盖单位公章，个人务必填写完整，电子版打印后手工签名按手印，否则影响个人业绩评分成绩，影响最终录取成绩。

普洱市思茅区2023年医疗卫生专业技术人员招引业绩评价表

【岗位：神经外科（神经外科专业）职位代码2023005】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **身份证号码** | |  |
| **学 历** |  | | **工作单位** | |  |
| **现有职称** |  | | **资格取得时间** | | **年  月  日** |
| **限制类医疗技术培训合格证：有 无， 合格证** | | | | | |
| **工作量统计数据** | | | | | |
| **门诊工作量** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **出院人数**  **（主管病人数）** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **出院患者手术/操作例数**  （手术例数只统计作为术者和I助的例数） | | 2020年： 人；2021年： 人  2022年： 人。 | | | |
| **学术任职**  **（现任）** | |  | | | |
| **科研能力**  **（近三年）** | | 1.专利 项，分别为专利名称、发明时间，专利类型  2.课题：国家级，省部级，市级/校级，局级、院级，课题名称，开题时间，结题时间。 | | | |
| **新技术新项目** | | 2020年： 项，项目或技术名称  2021年： 项，项目或技术名称  2022年： 项，项目或技术名称 | | | |
| **工作质量**  （手术例数只统计作为术者和I助的例数） | | **2020年：**DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、 、  、  前五位术种： 、 、 、  、 ；  三四级手术例数 ；  **2021年：**DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  三四级手术例数 ；  **2022年：**DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  前五位术种 、 、  、 、  三四级手术例数 ； | | | |
| **本人郑重承诺：本人所填报的数据真实有效、准确无误。如有虚假，本人将承担一切责任和后果。** | | | | | |
|  | | | | **签名按手印：** | |
|  | | | | **年  月  日** | |
| **单位审核意见** | | | | | |
| 单位  病案  部门  签字  （盖章） | 负责人（签字）：  盖章  年   月   日 | | | | |

填表说明：此表未独立设置病案室的单位由医务科签字并盖单位公章，个人务必填写完整，电子版打印后手工签名按手印，否则影响个人业绩评分成绩，影响最终录取成绩。

普洱市思茅区2023年医疗卫生专业技术人员招引业绩评价表

【岗位：麻醉科（麻醉科专业）职位代码2023006】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **身份证号码** | |  |
| **学 历** |  | | **工作单位** | |  |
| **现有职称** |  | | **资格取得时间** | | **年  月  日** |
| **工作量统计数据** | | | | | |
| **手术室外麻醉工作量（含无痛人流、无痛胃肠镜、无痛分娩、无痛气管镜）** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **手术室内麻醉工作量** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **气管插管全麻病例数** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **学术任职**  **（现任）** | |  | | | |
| **科研能力**  **（近三年）** | | 1.专利 项，分别为专利名称、发明时间，专利类型  2.课题：国家级，省部级，市级/校级，局级、院级，课题名称，开题时间，结题时间。 | | | |
| **新技术新项目** | | 2020年： 项，项目或技术名称  2021年： 项，项目或技术名称  2022年： 项，项目或技术名称 | | | |
| **本人郑重承诺：本人所填报的数据真实有效、准确无误。如有虚假，本人将承担一切责任和后果。** | | | | | |
|  | | | | **签名按手印：** | |
|  | | | | **年  月  日** | |
| **单位审核意见** | | | | | |
| 单位  病案  部门  签字  （盖章） | 负责人（签字）：  盖章  年   月   日 | | | | |

填表说明：此表未独立设置病案室的单位由医务科签字并盖单位公章，个人务必填写完整，电子版打印后手工签名按手印，否则影响个人业绩评分成绩，影响最终录取成绩。

普洱市思茅区2023年医疗卫生专业技术人员招引业绩评价表

【岗位：消化内科（消化内科专业消化内镜方向）职位代码2023007】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **身份证号码** | |  |
| **学 历** |  | | **工作单位** | |  |
| **现有职称** |  | | **资格取得时间** | | **年  月  日** |
| **内镜限制类医疗技术培训合格证：有 无， 合格证** | | | | | |
| **工作量统计数据** | | | | | |
| **门诊工作量** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **出院人数**  **（主管病人数）** | | 2020年： 人；2021年 人；  2022年： 人。 | | | |
| **学术任职**  **（现任）** | |  | | | |
| **科研能力**  **（近三年）** | | 1.专利 项，分别为专利名称、发明时间，专利类型  2.课题：国家级，省部级，市级/校级，局级、院级，课题名称，开题时间，结题时间。 | | | |
| **新技术新项目** | | 2020年： 项，项目或技术名称  2021年： 项，项目或技术名称  2022年： 项，项目或技术名称 | | | |
| **工作质量**  （内镜手术例数指独立操作的例数） | | 2020年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  消化内镜手术例数： ；  前五位内镜或其他诊疗技术：  2021年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  消化内镜手术例数： ；  前五位内镜或其他诊疗技术：  2022年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  消化内镜手术例数： ；  前五位内镜或其他诊疗技术： | | | |
| **本人郑重承诺：本人所填报的数据真实有效、准确无误。如有虚假，本人将承担一切责任和后果。** | | | | | |
|  | | | | **签名按手印：** | |
|  | | | | **年  月  日** | |
| **单位审核意见** | | | | | |
| 单位  病案  部门  签字  （盖章） | 负责人（签字）：  盖章  年   月   日 | | | | |

填表说明：此表未独立设置病案室的单位由医务科签字并盖单位公章，个人务必填写完整，电子版打印后手工签名按手印，否则影响个人业绩评分成绩，影响最终录取成绩。

普洱市思茅区2023年医疗卫生专业技术人员招引业绩评价表

【岗位：骨科（骨外科专业脊柱内镜、关节内镜方向）职位代码2023008、20223009】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **身份证号码** | |  |
| **学 历** |  | | **工作单位** | |  |
| **现有职称** |  | | **资格取得时间** | | **年  月  日** |
| **限制类医疗技术培训合格证：有 无， 合格证** | | | | | |
| **工作量统计数据** | | | | | |
| **门诊工作量** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **出院人数**  **（主管病人数）** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **出院患者手术/操作例数**  **（手术例数只统计作为术者的例数）** | | 2020年： 人；2021年： 人  2022年： 人。 | | | |
| **学术任职**  **（现任）** | |  | | | |
| **科研能力**  **（近三年）** | | 1.专利 项，分别为专利名称、发明时间，专利类型  2.课题：国家级，省部级，市级/校级，局级、院级，课题名称，开题时间，结题时间。 | | | |
| **新技术新项目** | | 2020年： 项，项目或技术名称  2021年： 项，项目或技术名称  2022年： 项，项目或技术名称 | | | |
| **工作质量**  **（手术例数只统计作为术者的例数）** | | **2020年：**DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、 、  、  前五位术种： 、 、 、  、  三四级手术例数 ，内镜手术例数 ；    **2021年：**DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  前五位术种： 、 、  、 、  三四级手术例数 ，内镜手术例数 ；  **2022年：**DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  前五位术种 、 、  、 、  三四级手术例数 ，内镜手术例数 ； | | | |
| **本人郑重承诺：本人所填报的数据真实有效、准确无误。如有虚假，本人将承担一切责任和后果。** | | | | | |
|  | | | | **签名按手印：** | |
|  | | | | **年  月  日** | |
| **单位审核意见** | | | | | |
| 单位  病案  部门  签字  （盖章） | 负责人（签字）：  盖章  年   月   日 | | | | |

**填表说明：此表未独立设置病案室的单位由医务科签字并盖单位公章，个人务必填写完整，电子版打印后手工签名按手印，否则影响个人业绩评分成绩，影响最终录取成绩。**

普洱市思茅区2023年医疗卫生专业技术人员招引业绩评价表

【岗位：肾内科（风湿与临床免疫学/内分泌/风湿病/血液病学专业）职位代码2023010】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **身份证号码** | |  |
| **学 历** |  | | **工作单位** | |  |
| **现有职称** |  | | **资格取得时间** | | **年  月  日** |
| **工作量统计数据** | | | | | |
| **门诊工作量** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **出院人数**  **（主管病人数）** | | 2020年： 人；2021年 人；  2022年： 人。 | | | |
| **学术任职**  **（现任）** | |  | | | |
| **科研能力**  **（近三年）** | | 1.专利 项，分别为专利名称、发明时间，专利类型  2.课题：国家级，省部级，市级/校级，局级、院级，课题名称，开题时间，结题时间。 | | | |
| **新技术新项目** | | 2020年： 项，项目或技术名称  2021年： 项，项目或技术名称  2022年： 项，项目或技术名称 | | | |
| **工作质量** | | 2020年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、    2021年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、    2022年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、 | | | |
| **本人郑重承诺：本人所填报的数据真实有效、准确无误。如有虚假，本人将承担一切责任和后果。** | | | | | |
|  | | | | **签名按手印：** | |
|  | | | | **年  月  日** | |
| **单位审核意见** | | | | | |
| 单位  病案  部门  签字  （盖章） | 负责人（签字）：  盖章  年   月   日 | | | | |

填表说明：此表未独立设置病案室的单位由医务科签字并盖单位公章，个人务必填写完整，电子版打印后手工签名按手印，否则影响个人业绩评分成绩，影响最终录取成绩。

普洱市思茅区2023年医疗卫生专业技术人员招引业绩评价表

【岗位：重症医学科（重症医学科专业）职位代码2023011】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **身份证号码** | |  |
| **学 历** |  | | **工作单位** | |  |
| **现有职称** |  | | **资格取得时间** | | **年  月  日** |
| **限制类医疗技术培训合格证：有 无， 合格证** | | | | | |
| **工作量统计数据** | | | | | |
| **床旁血透、电子支气管镜、重症超声工作量** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **出院人数**  **（主管病人数）** | | 2020年： 人；2021年 人；  2022年： 人。 | | | |
| **学术任职**  **（现任）** | |  | | | |
| **科研能力**  **（近三年）** | | 1.专利 项，分别为专利名称、发明时间，专利类型  2.课题：国家级，省部级，市级/校级，局级、院级，课题名称，开题时间，结题时间。 | | | |
| **新技术新项目** | | 2020年： 项，项目或技术名称  2021年： 项，项目或技术名称  2022年： 项，项目或技术名称 | | | |
| **工作质量** | | 2020年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  2021年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  2022年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、 | | | |
| **本人郑重承诺：本人所填报的数据真实有效、准确无误。如有虚假，本人将承担一切责任和后果。** | | | | | |
|  | | | | **签名按手印：** | |
|  | | | | **年  月  日** | |
| **单位审核意见** | | | | | |
| 单位  病案  部门  签字  （盖章） | 负责人（签字）：  盖章  年   月   日 | | | | |

填表说明：此表未独立设置病案室的单位由医务科签字并盖单位公章，个人务必填写完整，电子版打印后手工签名按手印，否则影响个人业绩评分成绩，影响最终录取成绩。

普洱市思茅区2023年医疗卫生专业技术人员招引业绩评价表

【岗位：急诊内科（急诊医学、重症医学专业）职位代码2023012】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **身份证号码** | |  |
| **学 历** |  | | **工作单位** | |  |
| **现有职称** |  | | **资格取得时间** | | **年  月  日** |
| **限制类医疗技术培训合格证：有 无， 合格证** | | | | | |
| **工作量统计数据** | | | | | |
| **门诊工作量** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **出院人数**  **（主管病人数）** | | 2020年： 人；2021年 人；  2022年： 人。 | | | |
| **学术任职**  **（现任）** | |  | | | |
| **科研能力**  **（近三年）** | | 1.专利 项，分别为专利名称、发明时间，专利类型  2.课题：国家级，省部级，市级/校级，局级、院级，课题名称，开题时间，结题时间。 | | | |
| **新技术新项目** | | 2020年： 项，项目或技术名称  2021年： 项，项目或技术名称  2022年： 项，项目或技术名称 | | | |
| **工作质量**  **（**有创操作例数指独立操作例数**）** | | 2020年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、 ；  有创操作(气管插管术、深静脉置管术)例数： ；  2021年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  有创操作(气管插管术、深静脉置管术)例数： ；  2022年：DRG组数 ；RW≥2病例数 ；CMI ;  前五位病种： 、 、  、 、  有创操作(气管插管术、深静脉置管术)例数： ； | | | |
| **本人郑重承诺：本人所填报的数据真实有效、准确无误。如有虚假，本人将承担一切责任和后果。** | | | | | |
|  | | | | **签名按手印：** | |
|  | | | | **年  月  日** | |
| **单位审核意见** | | | | | |
| 单位  病案  部门  签字  （盖章） | 负责人（签字）：  盖章  年   月   日 | | | | |

填表说明：此表未独立设置病案室的单位由医务科签字并盖单位公章，个人务必填写完整，电子版打印后手工签名按手印，否则影响个人业绩评分成绩，影响最终录取成绩。

普洱市思茅区2023年医疗卫生专业技术人员招引业绩评价表【岗位：放射科（放射医学专业）职位代码2023013】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **身份证号** | |  |
| **学 历** |  | | **工作单位** | |  |
| **现有职称** |  | | **资格取得时间** | | **年   月  日** |
| **大型医用设备上岗合格证：有 无，取得时间 年 月 日** | | | | | |
| **工作量统计数据** | | | | | |
| **签发CT检查报告份数** | | 2020年： 份；2021年： 份；  2022年： 份。 | | | |
| **签发DR检查报告份数** | | 2020年： 份；2021年： 份；  2022年： 份。 | | | |
| **签发MRI检查报告份数** | | 2020年： 份；2021年： 份；  2022年： 份。 | | | |
| **签发CT/DR/MRI造影检查报告份数** | | 2020年： 份；2021年： 份；  2022年： 份。 | | | |
| **核医学治疗人次** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **放射治疗人次** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **学术任职**  **（现任）** | |  | | | |
| **科研能力**  **（近三年）** | | 1.专利 项，分别为专利名称、发明时间，专利类型  2.课题：国家级，省部级，市级/校级，局级、院级，课题名称，开题时间，结题时间 | | | |
| **新技术新项目** | | 2020年： 项，项目或技术名称  2021年： 项，项目或技术名称  2022年： 项，项目或技术名称 | | | |
| **本人郑重承诺：本人所填报的数据真实有效、准确无误。如有虚假，本人将承担一切责任和后果。** | | | | | |
|  | | | | **签名按手印：** | |
|  | | | | **年  月  日** | |
| **单位审核意见** | | | | | |
| 单位  病案  部门  签字  （盖章） | 负责人（签字）：  盖章  年   月   日 | | | | |

填表说明：此表未独立设置病案室的单位由医务科签字并盖单位公章，个人务必填写完整，电子版打印后手工签名按手印，否则影响个人业绩评分成绩，影响最终录取成绩。

普洱市思茅区2023年医疗卫生专业技术人员招引业绩评价表【岗位：区人民医院超声医学科（超声医学专业）职位代码2023014】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **身份证号** | |  |
| **学 历** |  | | **工作单位** | |  |
| **现有职称** |  | | **资格取得时间** | | **年  月 日** |
| **大型医用设备上岗合格证：有 无，取得时间 年 月 日** | | | | | |
| **工作量统计数据** | | | | | |
| **签发超声检查报告病例数** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **签发超声造影检查报告病例数** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **超声介入诊疗数** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **学术任职**  **（现任）** | |  | | | |
| **科研能力**  **（近三年）** | | 1.专利 项，分别为专利名称、发明时间，专利类型  2.课题：国家级，省部级，市级/校级，局级、院级，课题名称，开题时间，结题时间 | | | |
| **新技术新项目** | | 2020年： 项，项目或技术名称  2021年： 项，项目或技术名称  2022年： 项，项目或技术名称 | | | |
| **本人郑重承诺：本人所填报的数据真实有效、准确无误。如有虚假，本人将承担一切责任和后果。** | | | | | |
|  | | | | **签名按手印：** | |
|  | | | | **年  月  日** | |
| **单位审核意见** | | | | | |
| 单位  病案  部门  签字  （盖章） | 负责人（签字）：  盖章  年   月   日 | | | | |

填表说明：此表未独立设置病案室的单位由医务科签字并盖单位公章，个人务必填写完整，电子版打印后手工签名按手印，否则影响个人业绩评分成绩，影响最终录取成绩。

普洱市思茅区2023年医疗卫生专业技术人员招引业绩评价表

【岗位：区保健院超声医学科（执业注册为：医学影像和放射治疗专业）职位代码2023015】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **身份证号** | |  |
| **学 历** |  | | **工作单位** | |  |
| **现有职称** |  | | **资格取得时间** | | **年  月 日** |
| **大型设备合格证：有 无，取得时间 年 月 日** | | | | | |
| **工作量统计数据** | | | | | |
| **签发超声检查报告病例数** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **签发超声造影检查报告病例数** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **签发妇科、产科超声检查报告病例数** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **超声介入诊疗数** | | 2020年： 人；2021年： 人；  2022年： 人。 | | | |
| **学术任职**  **（现任）** | |  | | | |
| **科研能力**  **（近三年）** | | 1.专利 项，分别为专利名称、发明时间，专利类型  2.课题：国家级，省部级，市级/校级，局级、院级，课题名称，开题时间，结题时间 | | | |
| **新技术新项目** | | 2020年： 项，项目或技术名称  2021年： 项，项目或技术名称  2022年： 项，项目或技术名称 | | | |
| **本人郑重承诺：本人所填报的数据真实有效、准确无误。如有虚假，本人将承担一切责任和后果。** | | | | | |
|  | | | | **签名按手印：** | |
|  | | | | **年  月  日** | |
| **单位审核意见** | | | | | |
| 单位  病案  部门  签字  （盖章） | 负责人（签字）：  盖章  年   月   日 | | | | |

填表说明：此表未独立设置病案室的单位由医务科签字并盖单位公章，个人务必填写完整，电子版打印后手工签名按手印，否则影响个人业绩评分成绩，影响最终录取成绩。