附件3：

**2015年医德考评结果汇总表**

**科室：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **职务（称）** | **考核等级** | **考核得分** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |

考核工作小组成员（签名）： 考核工作小组组长签名（盖章）：

 注：（1）此表一式两份，上报医务部行风办公室一份，科室留存一份。

 （2）如有休病事假、产假、出国、脱产学习等情况请在备注栏中说明。

 （3）要求按照考核等级（优秀、良好、称职、不称职）顺序填写。