附件1

职业病诊断医师定期考核表

单位盖章：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴照片处 |
| 民族 |  | 注册范围 |  | 学历 |  |
| 政治面貌 |  | 专业工作年限 |  | 职称 |  |
| 工作单位 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  |
| 机构自行考评情况 | 类别 | 工作业绩 | 职业道德 | 负责人 | 备注 |
| 合格 | 不合格 | 合格 | 不合格 |  |  |
| A |  |  |  |  |  |  |
| B |  |  |  |  |  |  |
| C |  |  |  |  |  |  |
| D |  |  |  |  |  |  |
| E |  |  |  |  |  |  |
| 备注：类别A为职业性尘肺病和其他呼吸系统疾病；类别B为职业性化学中毒；类别C为物理因素所致职业病；类别D为职业性放射性疾病；类别E为职业性皮肤病等其他职业病 |
| 市卫健委审核意见 | □1、符合条件，免于参加定期考核。 科目:□2、参加一般考核。 科目： |