**医师定期考核合格防伪标贴**

**申领书**

山东省医师定期考核工作办公室：

根据国家卫生和计划生育委员会医师定期考核工作的统一部署和要求，我市/区已完成\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年度（第 周期）医师定期考核工作。经统计，考核医师总数 人，其中考核合格医师 人。经登录《医师定期考核信息登记管理系统》数据核对一致。现申请领用医师定期考核合格防伪标贴 枚。

 市/区医师定期考核工作办公室（盖章）

 年 月 日

**医师定期考核合格防伪标贴申领登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **日期** | **申领数（枚）** | **退回数（枚）** | **经办人签名** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  **市/区医师定期考核工作办公室 （盖章）** |

注：此表为市级医师定期考核工作办公室申领防伪标识时填列，一式二份，不得复印，省考核办和市级医师定期考核工作办公室各执一份，每次登记时相互核对。

 **年度医师定期考核合格防伪标贴**

**使用情况说明**

山东省医师定期考核工作办公室：

 年度我办总计申领防伪标贴 枚，已使用的防伪标贴 枚，现退回防伪标贴 枚。退回原因：剩余 枚；损坏 枚。

××市/区医师定期考核工作办公室（盖章）

 年 月 日