**山东省医师定期考核结果登记表**

**(一般程序)**

医师执业注册机构名称:

考核机构名称:

参加本次考核总人数：　　　　　不合格人数:

考核周期:　　　　年　　　　月至　　　　年　　　　月

考核完成时间: 　　　　年　　　　月

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **执业类别** | **执业证书号** | **考核****结果** | **不合格原因** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

填表人: 　　　　　　　　　考核单位(公章):