附件

2024年卫生技术人员继续医学教育

任期考核情况汇总表

市卫生健康委（盖章）：  填表日期：2024年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 拟晋升技术职务类别 | 市级医疗卫生机构 | 县及县以下医疗卫生机构 |
| 任期考核人数 | 考核合格人数 | 任期考核人数 | 考核合格人数 |
| 正高 |  |  |  |  |
| 副高 |  |  |  |  |
| 中级 |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |

填表人：       电话：