附件1.4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **执业医师归档材料汇总表** | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构名称： | | | | | | |  |  |  |  |  |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 人员类别 | 参保单位/退休单位 | 身份证号 | 执业医师编码 | 主执业地点 | 本单位注册时间 | 执业范围 | 专业技术职称 |
| 1 |  |  |  | 在职/退休 |  |  |  |  |  | 内科 | 主任医师 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 口腔科 | 副主任医师 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 主治医师 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医师 |
|  | 申报单位（章）： | | | |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **护士归档材料汇总表** | | | | | | | | | | |
| 医疗机构名称： | | | | | |  |  |  |  |  |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 人员类别 | 参保单位/退休单位 | 身份证号 | 执业编码 | 执业地点 | 执业科室 | 专业技术职称 |
| 1 |  |  |  | 在职/退休 |  |  |  |  | 内科 | 主任护师 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 外科 | 副主任护师 |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | 病房 | 主管护师 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 护师 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 护士 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 申报单位（章）： | | | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **药师归档材料汇总表** | | | | | | | | | | |
| 医疗机构名称： | | | | | |  |  |  |  |  |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 人员类别 | 参保单位/退休单位 | 身份证号 | 执业编码 | 执业地点 | 执业科室 | 专业技术职称 |
| 1 |  |  |  | 在职/退休 |  |  |  |  | 内科 | 主任护师 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 外科 | 副主任护师 |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | 病房 | 主管护师 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 护师 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 护士 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 申报单位（章）： | | | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **专业技术人员归档材料汇总表** | | | | | | | | | | |
| 机构名称： | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 人员类别 | 参保单位/退休单位 | 身份证号 | 资格证编码 | 工作地点 | 执业科室 | 专业技术职称 |
| 1 |  |  |  | 在职/退休 |  |  | 技师资格证 |  | 检验科 | 检验师 |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 职称证 |  | 放射科 | 技师等 |
|  |  |  |  |  |  |  | 从业资格证 |  | 药房 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | B超室 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 申报单位（章）： | | | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **其它工作人员归档材料汇总表** | | | | | | | | |
| 机构名称： | | | | |  |  |  |  |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 人员类别 | 参保单位/退休单位 | 身份证号 | 工作科室 | 备注 |
| 1 |  |  |  | 在职/退休 |  |  |  | 计算机管理员 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  | 收费人员等 |
|  |  |  |  |  |  |  | 医保科 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 申报单位（章）： | | | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **门诊开放科室材料汇总表** | | | |
| 医疗机构名称： | | |  |
| 序号 | 实际开放科室 | 科室医师数量（人） | 科室医师姓名 |
| 1 | 内科 | 5 |  |
| 2 | 外科 |  |  |
| 3 |  |  |  |

申报单位（章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **住院床位材料汇总表** | | | | | | |
| 医疗机构名称： | | |  |  |  |  |
| 序号 | 住院科室 | 床位数量 | 科室医师 | | 护士 | |
| 姓名 | 职称 | 姓名 | 职称 |
| 1 | 内科 | 5 |  | 主任医师 |  |  |
|  | 主治医师 |  |  |
|  |  |  |  |
| 2 | 外科 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 合计数量 | |  | --------------- | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 申报单位（章）： | |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗器械归档材料汇总表** | | | | | | | | | |
| 医疗机构名称： |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 序号 | 仪器名称 | 型号 | 生产厂家 | 使用科室 | 购置发票 | 医疗器械注册证 | 医疗器械注册登记表 | 生产厂商资质 | 其他说明材料 |
| 1 | 心电图仪 | ABC-123456 |  | 内科 | 有 | 有 | 有 | 有 | 无 |
| 2 | X光机 | 222-333333 |  | 放射科 | 有 | 有 | 有 | 有 | 使用说明书、放射安全证书 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 申报单位（章）： |  | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **机构规章制度汇总表** | | | |
| 医疗机构名称： | | |  |
| 序号 | 规章制度名称 | 管理责任人 | 备注 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
|  | 申报单位（章）： | |  |