

鹤山市卫生健康局

关于开展 2026 年医师定期考核 报名工作的通知

各医疗卫生单位、民营医疗机构：

根据《中华人民共和国医师法》《医师定期考核管理办法》《卫生部办公厅关于进一步做好医师定期考核管理工作的通知》（卫办医管发〔2010〕208 号）和《关于规范医师定期考核电子化认证工作的通知》（卫办医管函〔2013〕389 号）文件精神，结合《江门市卫生健康局关于做好 2026 年医师定期考核工作的通知》（江卫函〔2026〕277 号），现就做好本周期医师定期考核工作有关事项通知如下：

一、考核对象

依法注册在医疗卫生机构中临床、中医（包括民族医、中医专长医师）、口腔、公共卫生类别医师。乡村全科医师可选择参加临床或中医类别的考核，其他医师按照执业注册类别参加考核。

二、考核周期

2023 年—2025 年（已参加 2025 年年度考核的医务人员不用再重复参加）

三、考核机构

根据《医师定期考核管理办法》（以下简称《办法》）第七条的规定，我市指定市人民医院、市中医院为医师定期考核机构，具体安排如下：

（一）市人民医院负责本院及其医共体分院、市妇幼保健院、市疾病预防控制中心、江门监狱医院、西江医院、爱尔新希望眼科医院、民营医疗机构（临床、口腔、公共卫生类别）医师的定期考核工作的定期考核工作。

（二）市中医院负责本院及其医共体分院、市第三人民医院、宝芝林医院、康和医院、智康医院、民营医疗机构（中医类别）医师的定期考核工作。

四、考核试题

我局将委托鹤山市人民医院、鹤山市中医院组织承担医师定期考核的考题任务，请市人民医院、市中医院于11月13日前针对相应的执业类别准备考题试卷，并采取灵活的考试方式对有关医疗机构的医师进行多场次的考核。

五、考核程序

关于一般程序和简易程序的要求参照《江门市卫生健康局关于做好2026年医师定期考核工作的通知》（附件4）第四点中一般程序和简易程序对应的申请流程。

六、工作安排

（一）医师本人填写医师定期考核表（见附件1），提交所在医疗机构进行审核，由所在单位对“工作成绩、医德”提出评定意见，填写医师定期考核报名汇总表（附件2），

于2026年11月13日前由医疗机构分别汇总交给医师定期考核机构（市人民医院联系人：冯浩彬 0750-8839322/15107502866；市中医院联系人：陈俊豪 0750-8860178/13822448772）。由考核机构组织对考核医师进行复审，是否符合相应程序，对不符合者驳回重新申报。

（二）各镇（街）卫生院负责通知辖区内卫生站医师参加定期考核，汇总卫生站医师考核材料并对“工作成绩、职业道德”提出评定意见后送考核机构；社会医疗机构、个体诊所、企事业单位诊所的医师考核材料直接汇总后送考核机构。

（三）11月26日（初定）由考核机构组织参加一般程序考核的医师进行业务水平考试。（注：参加一般程序考核的医师，如在本次考核周期内按规定通过国家组织的住院医师规范化培训或通过晋升上一级专业技术考试，视为业务水平测评合格，但必须提供相关考试合格资料原件及复印件或者单位证明）。

（四）已通过医师定期考核的医师必须由所在机构负责人在12月13日前进入医师电子化注册信息系统（机构版）录入医师考核数据，具体操作流程（见附件3）。

七、其他事项

（一）考虑到医生工作的特殊性，各考点可灵活组织多场次的考核，但是报名结束后将不再受理任何情况下的补考、补报的申请。凡出现漏考、漏报等情况，将倒查发生原因，

属个人原因个人承担，属考点或医疗机构原因的由相关责任人承担。

（二）对考核周期内存在非于现所在单位工作经历的医师，医疗、预防、保健机构应当结合该医师原单位提供的工作成绩和职业道德评定进行评定。

（三）请各医疗卫生单位、民营医疗机构于 12 月底完成相关工作。

附件：1.医师定期考核表

2.医师定期考核报名汇总表

3.医师考核数据录入操作流程

4.江门市卫生健康局关于做好 2026 年医师定期考核工作的通知



附件 1

医师定期考核表（一般程序）

考核年度：

姓名		性别		出生年月	年 月	相 片
学历		毕业学校				
工作单位				参加工作 时间	年 月	
医师资格 证书编码				取得时间	年 月	
医师执业 证书编码				取得时间	年 月	
执业情况	在职/返聘	执业经历	年	执业范围		
医 师 行 为 记 录	良好 行为 记录	受到的表彰、奖励				
		完成的政府指令性任务				
		取得的科研技术成果				
	不良 行为 记录	违反医疗卫生管理法规和诊疗规范受到行政处罚、处分情况				
		发生医疗事故情况				
工 作 成 绩 评 定	完成工作数量					
	合格 ☐ 不合格 ☐					
	完成工作质量					
	合格 ☐ 不合格 ☐					
	完成政府指令性工作情况					
合格 ☐ 不合格 ☐						
执业机构评定意见：						
合格 ☐ 不合格 ☐						
执业机构盖章 年 月 日						

医师定期考核表（简易程序）

考核年度：

姓名		性别		出生年月	年 月	相 片
学历		毕业学校				
工作单位				参加工作 时间	年 月	
医师资格 证书编码				取得时间	年 月	
医师执业 证书编码				取得时间	年 月	
执业情况	在职/返聘	执业经历	年	执业范围		
医 师 行 为 记 录	良好 行为 记录	受到的表彰、奖励				
		完成的政府指令性任务				
		取得的科研技术成果				
	不良 行为 记录	违反医疗卫生管理法规和诊疗规范受到行政处 罚、处分情况				
		发生医疗事故情况				
医师申请 简易程序 考核理由		本人签名： 年 月 日				
		执业机构评定意见： 同意 ☐ 不同意 ☐ 执业机构盖章 年 月 日				
		考核机构复核意见： 同意 ☐ 不同意 ☐				

考核意见	工作成绩评定	完成工作数量	合格 ☐ 不合格 ☐
		完成工作质量	合格 ☐ 不合格 ☐
		完成政府指令性工作情况	合格 ☐ 不合格 ☐
		执业机构评定意见:	合格 ☐ 不合格 ☐
		执业机构盖章 年 月 日	
	考核机构复核意见:		同意 ☐ 不同意 ☐
职业道德评定	执业机构评定意见: 合格 ☐ 不合格 ☐ 执业机构盖章 年 月 日		
	考核机构复核意见: 同意 ☐ 不同意 ☐		
个人述职			

		本人签名： 年 月 日
		执业机构评定意见： 同意 ☐ 不同意 ☐ 执业机构盖章 年 月 日
		考核机构复核意见： 同意 ☐ 不同意 ☐
考核结果	考核结论 合格 ☐ 不合格 ☐ 考核机构盖章 年 月 日	
备注		

注：1.在选定的☐内打“√”。

2.考核不合格原因、对考核结果提出复核申请的处理意见及其他需要说明的记入备注栏。

附件 2

鹤山市医师定期考核报名汇总表

单位： 日期： 年 月 日

姓 名	单 位	性别	年龄	学历	职称	首次执业 注册时间	执业 范围	考核周期内是 否通过国家组 织的考试	考核程序	
									一般程序	简易程序