附件3

人体器官捐献协调员年度考核表

考核年度： 证件编号:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 民族 |  | | 照片  （同报名表） |
| 身份证号 |  | | | | | 学历 |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | |
| 固定电话 |  | | 手机 |  | | 电子  邮箱 |  | |
| 工作单位 |  | | | | 部门 |  | | 职务/职称 |  |
| 工作区域 |  | | | | | | | | |
| 参与协调潜在捐献者数 | |  | | | 成功完成例数 | | |  | |
| 年度总结 | （概述本年度履行人体器官捐献协调员职责情况） | | | | | | | | |
| 省级  管理  机构  考核 | 优秀□ 合格□ 不合格□  单位（公章） 年 月 日 | | | | | | | | |