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 |