附件1

内蒙古医科大学附属医院退休人员审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | | | | 出生年月 | | 年 月 | |
| 籍贯 | |  | | 工作单位 | | | |  | | | | | |
| 原任职务 | | |  | | | | | | | | 职称 |  | |
| 参加工作时间 | | | 年 月 | | 退休时间 | | | | 年 月 | | | 工龄 | 满 年 |
| 简  历 | 起止时间（年月） | | | 在何地、何部门 | | | | | | | 任何职 | 工龄 | |
|  | | |  | | | | | | |  |  | |
|  | | |  | | | | | | |  |  | |
|  | | |  | | | | | | |  |  | |
|  | | |  | | | | | | |  |  | |
|  | | |  | | | | | | |  | 满 年 | |
| 所在科室意见 | （公章）  年 　月 　日 | | | | | | 医院审批意见 | | | | 年 　月 　日 | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | | | | |

附件2

内蒙古医科大学附属医院专家延长退休年龄审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学历/学位 |  | | | 身份证号码 | |  | |
| 参加工作年月 | | |  | 专业技术资格 | |  | | |
| 政治面貌 |  | 健康状况 | |  | 联系电话 |  | |
| 工作单位及职务 | | |  | | | | | |
| 延长退休条件及主要工作任务 | 延长退休条件：  主要工作任务： | | | | | | |
| （科室）申请延长 退休年龄至 年 月，期间不办理退休手续。如遇国家政策调整，按相关政策执行。  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 科室意见 | 负责人签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 人事部  负责人意见 | 签 字： 年 月 日 | | | | | | |
| 分管院长  意见 | 签 字： 年 月 日 | | | | | | |
| 院长意见 | 签 字： 年 月 日 | | | | | | |
| 学校审批  意见 | 同意 延长退休年龄至 年 月。  签 字： 年 月 日 | | | | | | |
| 人事部备案 |  | | | | | | |

附件3

内蒙古医科大学附属医院职工提前退休申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | | 出生年月 | 年 月 | |
| 籍贯 | |  | 工作单位 | |  | | | |
| 现聘岗位 |  | | | | 职务/职称 | | |  |
| 参加工作时间 | 年 月 | | | | 申请退休时间 | | | 年 月 |
| 申请提前退休理由 | | 本人签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 所在科室意见 | | （盖章）  负责人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 人事部意见 | | 负责人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 分管院长意见 | | 负责人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 院长意见 | | 负责人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 学校审批意见 | | 签 字： 年 月 日 | | | | | | |
| 人事部备案 | |  | | | | | | |

附件4

内蒙古医科大学附属医院退休返聘人员审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 退休前专业技术资格 | |  | | 政治面貌 |  |
| 退休前从事专业及工作岗位 | |  | | 健康状况 |  |
| 退休时间 |  | 返聘期限 | | 20 年 月至20 年 月 | |
| 返聘类型 | □教学返聘 □医疗返聘 □科研返聘 | | | | |
| 返聘条件及主要工作任务 | 返聘条件：  主要工作任务：  被返聘人（签字）： 年 月 日 | | | | |
| 科室意见 | 负责人： 年 月 日 | | | | |
| 人事部负责人意见 | 签 字： 年 月 日 | | | | |
| 分管院领导  意见 | 签 字： 年 月 日 | | | | |
| 院长意见 | 签 字： 年 月 日 | | | | |
| 人事部备案 |  | | | | |

附件5

内蒙古医科大学附属医院退休返聘人员协议书

（甲方）内蒙古医科大学附属医院因工作需要，决定返聘（乙方） 同志，原 科（ 医师；工号 ）。根据医院党委会议研究决定，经甲乙双方平等自愿、共同协商下，签定协议书内容如下：

1、协议书期限自 年 月 日起，至 年 月 日止。

2、乙方在甲方返聘工作期间的待遇：医院发放定额补差；科室发放绩效工资每月标准 。

3、主要工作任务详见《内蒙古医科大学附属医院退休返聘人员审批表》（附件4）。

4、经双方协商同意，可以变更协议书内容，任何一方解除退休返聘人员协议书，必须提前一个月通知对方，终止返聘。

5、返聘期内未完成协议约定的工作任务或考核不合格者取消其返聘资格。

甲方：法定代表人（院领导）： 乙方：

科室负责人（科主任）：

用人单位（人事部）：

年 月 日 年 月 日

附件6

内蒙古医科大学附属医院返聘医务人员廉洁行医承诺书

本人严格履行《内蒙古医科大学附属医院退休返聘人员协议书》，遵守医院各项规章制度，努力提高服务质量、提升医疗技术，热心待患、廉洁行医，特承诺如下：

1、严格遵守《中华人民共和国执业医师法》、“九项准则”、《内蒙古医科大学附属医院医务人员医德医风考评管理办法》以及其他各项规章制度，严格按照诊疗常规开展诊疗工作。

2、严禁私自指定患者到社会医疗、医技、病理诊断机构、药店做检查、购药并收取“回扣”。

3、严格执行医院关于加强诊疗秩序的相关规定，严禁接待医药（器械）代表，杜绝诊室内有不明身份人员协助出门诊的行为。

4、严格按照《处方管理办法》和医院相关制度行使处方权，严禁协助参保人员开具药品用于变现及开具与本人疾病无关药品等骗保套保行为。

5、严禁收取器械、药品、卫生材料、化学制剂等经营单位发放的“临床促销费”、“开单费”、“处方费”、“统方费”、“好处费”等变相回扣。

6、不暗示、索要和收受患者馈赠的“红包”、购物卡、代金券、宴请及各种馈赠。

7、严格执行医疗收费标准，不以任何理由、任何方式利用医院设备、设施为患者做诊治，私自收费。

8、坚持合理检查、合理治疗、合理用药，不开大处方，不开不必要的检查单。

9、不向患者出具假证明、假诊断书，不隐瞒医疗缺陷和差错，杜绝弄虚作假行为。

10、在各项医疗活动中认真沟通，耐心向患者解释问题，杜绝出现有损医德医风的言行。

如有违背以上承诺的行为，本人愿意接受医院相关处理，随时终止返聘。

内蒙古医科大学附属医院

承诺人： 时间： 年 月 日