城市医生到农村或城市社区医疗卫生机构

服务情况鉴定表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （照 片） |
| 从事专业 |  | 学历 |  | 参加工作时间 |  |
| 专业技术资格 |  | 现聘专业技术职务 |  |
| 派遣单位 |  |
| 服务基层经历 | 起止时间 | 服务单位 | 服务形式 | 考核结果 | 证明人 |
| 年 月 日—— 年 月 日 |  |  |  |  |
| 本单位（派遣单位）审核意见 | 经审核，确认 同志完成到农村服务（时间） 并考核合格，被评为 等次。以上已于 年 月 日-- 月 日在本单位进行了公示，无异议。审核人签字： （公章） 单位负责人（签字）： 年 月 日 |
| 县（市、区）卫生健康行政部门意见 | 审核人签字： （公章）年 月 日 |
| 市卫生健康委意见 | 审核人签字： （公章）年 月 日 |

注：1、本表一式四份，本人、单位、县（市、区）卫生健康局、市卫生健康委各留存一份。2、“考核结果”以服务单位与所在县级卫生健康行政部门考核鉴定结果为准。

3、本单位公示期不少于7天。