附件6

城市医生到农村医疗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** |  | | |
| **现专业技术职务** |  | | | **现专业技术职务**  **聘任时间** | |  | | |
| **工作单位** |  | | | | | | | | |
| **农村服务情况** | **起止时间** | | **服务单位或服务内容** | | | | **考核结果** | **考核单位或考核人** | |
|  | |  | | | |  |  | |
|  | |  | | | |  |  | |
|  | |  | | | |  |  | |
|  | |  | | | |  |  | |
| **服务单位意见** | **单位负责人（签字)： （单位公章)   年 月 日** | | | | | | **单位负责人（签字)： （单位公章)   年 月 日** | | |
| **所在单位**  **审核意见** | **经审核，确认 同志完成到农村服务半年任务并考核合格。并已于 年 月 日-- 月 日在本单位进行了公示，无异议。**  **单位负责人（签字)： （单位公章)   年 月 日** | | | | | | | | |
| **省、市卫生计生**  **行政部门意见** | **（公章)   年 月 日** | | | | | | | | |
| **备注** |  | | | | | | | | |

**注：1、本表一式三份，一份个人存档，一份省、市卫生计生部门审批留存，一份作为申报材料。**

**2、“考核结果”以服务单位和所在县（市）卫生行政部门考核鉴定结果为准。**

**3、单位公示期不少于5天。**