附件4

卫生专业技术人员基层服务登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服务单位 | | |  | | 服务时限 | | 月 日至 月 日 | | |
| 服  务  期  间  开  展  工  作  情  况  小  结 | |  | | | | | | | |
| 出勤情况（天） | | | 出勤 | 事假 | | 病假 | | | 旷工 |
|  |  | |  | | |  |
| 服务科室鉴定意见 | 负责人： | | | | | | | | |
| 服务单位鉴定意见 | 负责人： （公章） | | | | | 服务单位主管部门意见 | | （公章） | |