**北京市城市医生到农村基层服务鉴定表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 出 生 年 月 |  |
| 所在单位和部门 | |  | | | 专业技术职务  及取得时间 |  |
| 到农村基层服务  起止日期 | |  | | | 到农村基层服务的  工作日 |  |
| 到农村基层服务的  区县 | |  | | | 到农村基层服务的  具体单位 |  |
| 到农村基层服务工作任务完成情况（自我鉴定） | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 所到农村基层医疗卫生单位意见  单位盖章  年 月 日 | |
| 农村基层卫生行政部门意见  人事部门盖章  年 月 日 | 城市医生所在单位审核意见  人事部门盖章  年 月 日 |