附件2

广西卫生专业技术人员到基层工作考核卡

单 位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 文化程度 | |  | 专业技术职称 |  | 政治面貌 |  |
| 基层服务起止时间 | | | | 服务地点 | | |
|  | | | |  | | |
| 自  我  鉴  定 | 签名： 年 月 日 | | | | | |
| 接  收  单  位  意  见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | |
| 派出单位意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | |