附件3：

广西医疗机构医师可不作要求到基层服务

审核表

单 位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 文化程度 |  | | 专业技术职称 |  | 政治面貌 |  |
| 可不作要求到基层服务的理由（并附附件） | | 申请人签名： 年 月 日 | | | | |
| 单  位  意  见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | |
| 主管卫生行政部门审批意见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | |