附件3：

**城市医生到农村或城市社区医疗卫生机构**

**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 |  | | |
| 专业技术资格 |  | | | 现聘专业技术职务 | |  | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | |
| 服务  基层  经历 | 起止时间 | | 服务单位 | | | | 考核结果 | 证明人 | |
|  | |  | | | |  |  | |
|  | |  | | | |  |  | |
|  | |  | | | |  |  | |
|  | |  | | | |  |  | |
| 本单位审核意见 | 经审核，确认 同志完成到农村服务一年任务并考核合格。以上已于 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、设区  的市政府  卫生行政部门意见 | （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | |

注：1、本表一式三份填写，单位与市卫生局各留存一份，一份报相应职称评审委员会办事机构。

2、省、设区的市政府卫生行政部门意见一栏按照隶属关系填写。其中，省属医疗卫生单位由省

卫生厅医政和中医管理部门审核填写，其余报所在市卫生局审核填写。

3、“考核结果”以服务单位与所在县政府卫生行政部门考核鉴定结果为准。

4、本单位公示期应不少于7天。