

附件

**城市医生到农村医疗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		
现专业技术职务		现专业技术职务聘任时间				
工作单位						
农村服务情况	起止时间	服务单位或服务内容		考核结果	考核单位或考核人	
服务单位意见	单位负责人(签字): (单位公章) 年 月 日			单位负责人(签字): (单位公章) 年 月 日		
所在单位 审核意见	经审核, 确认 同志完成到农村服务半年任务并考核合格。并已于 年 月 日— 月 日在本单位进行了公示, 无异议。  <div style="text-align: right;">                     单位负责人(签字): (单位公章)                      年 月 日                 </div>					
省或市卫生计生 行政部门意见	<div style="text-align: right;">                     (公章)                      年 月 日                 </div>					
备注						

注: 1、本表一式三份, 一份存档, 一份省、市卫生计生部门审批留存, 一份作为申报材料。

2、“考核结果”以服务单位和所在县(市)卫生行政部门考核鉴定结果为准。

3、单位公示期不少于 5 天。