附件2

湖北省卫生专业技术人员

晋升职称前到基层服务

考

核

鉴

定

表

姓 名

派出单位

基层单位

年 月 日

湖北省卫生计生委制

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 文化程度 |  | 身体状况 |  |
| 何时毕业于何校何专业 |  |
| 何时拟聘任何专业技术职务 |  |
| 下派前所在科室及职称 |  |
| 下派服务工作起止时间 |  |
| 下 派 任 务（本栏由派出单位填写） |
|  下派单位盖章： 年 月 日 |
| 下派服务工作完成情况（自我鉴定） 下派人签名： 年 月 日 |
| 基 层单 位鉴 定意 见 |  盖章 年 月 日 |
| 基层单位所在地的县级卫生计生部门考核意见 |  盖章 年 月 日 |
| 派 出单 位考 核意 见 |  盖章 年 月 日 |
| 派出单位的 上 级卫生计生部门意见 |  盖章 年 月 日 |