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 | | | | |