附件1

湖北省卫生专业技术人员

晋升职称前到基层服务

记

录

表

姓 名

工作单位

现任职称

拟晋升职称

年 月 日

湖北省卫生计生委制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | |  | | 出生年月 | | | |  |
| 曾用名 |  | | | 党 派 | |  | | 参加工作时间 | | | |  |
| 最高学历 |  | | | | | | | | | | | |
| 本次晋升前下派到基层服务情况 | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月日 | | | 在何基层单位服务 | | | | 从事何专业 | | | | 备 注  (援疆、援藏援外、  此处注明) | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | |
| 参加上级行政部门组派的其他类卫生计生下乡情况 | | | | | | | | | | | | |
| 起止年月日 | | | 任务指派部门 | | 在何基层  单位服务 | | | | 从事何任务 | | 完成天数 | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | |
| 累计完成天数： | | | | | | | | | | | | |
| 月 份 | | | 应出勤天数 | | | 实际出勤天数 | | | | 基层单位所在科室考勤人 | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
| 基层单位人事部门审核意见：  盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 派出单位  人事部门  审核意见 | | | 盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 县 卫 生  计 生 局  审核意见 | | | 盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 市 卫 生  计 生 委  审核意见 | | | 盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | |