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 |