|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件7  **北京市城市医生到农村基层服务鉴定表** | | | | | | | | | |
| 姓　　名 |  | 性别 | | |  | 出生年月 | |  | |
| 所在单位和部门 |  | | | | | 专业技术职务及取得时间 | |  | |
| 到农村基层服务　　起止日期 |  | | | | | 到农村基层服务工作日 | |  | |
| 到农村基层服务的区 |  | | | 到农村基层服务的具体单位 | | |  | | |
| 到农村基层服务工作任务完成情况（自我鉴定） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 所到农村基层医疗卫生单位意见：  单位盖章  年 月 日 | | | | | | | | |
| 农村基层卫生行政部门意见  单位盖章  年 月 日 | | | 城市医生所在单位审核意见  单位盖章  年 月 日 | | | | | |