|  |
| --- |
| 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 |