附件8

**临床科室中级及以上职称医务人员**

**到社区卫生服务机构服务鉴定表**

（ 年度）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 到社区卫生服务机构的服务起止日期 |  | 到社区卫生服务机构的工作日 |  |
| 社区卫生服务机构名称 |  | 社区卫生服务机构所在区 |  |
| 到社区卫生服务机构服务完成情况 |
|    所在单位盖章 年 月 日 |
| 社区卫生服务机构意见盖章年 月 日  | 区卫生计生行政部门意见 盖章 年 月 日 |