**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 | | | | | | 区卫生健康行政部门意见  盖章  年 月 日 | |