附件5

卫生专业技术人员基层服务鉴定表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 工作单位 | | |  |
| 现职称 | |  | 申报职称 | | |  |
| 服务  基层经历 |  | | | | | |
| 服务  基层工作总结 |  | | | | | |
| 所在科室意见 | 负责人： （公章）  年 月 日 | | | 单位人事部门意见 | 申报人填写情况（是、否）属实，经本单位、科室公示（有、无）异议。  负责人： （公章）  年 月 日 | |