附件3

城市卫生技术人员对口支援基层工作

自我鉴定及相关证明表

**（限2017年及以前派出对口支援人员使用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | | 出生年月 |  |
| 学历 | |  | 毕业院校 |  | | | |
| 现从事专业 | |  | 专业技术  职务 |  | | 聘任时间 |  |
| 派出单位 | |  | | 所在科室 | |  | |
| 接收单位 | |  | | 担任职务 | |  | |
| 支援时间 | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
| 自  我  鉴  定 | 基层工作实际时间 | | | | (工作日) | | |
| 期间请假或其他原因离开基层时间 | | | | (工作日) | | |
| 期间承担主要工作及工作量（特别说明主要临床工作种类和量、主要带教培训种类和量） | | | | | | |
| 期间基层业务提升情况(特别说明帮助基层开展新业务和培养当地医务人员实际掌握新知识、新技术情况) | | | | | | |
| 管理指导情况(特别说明担任管理职务、帮助建立临床或管理规章制度情况) | | | | | | |

四川省卫生健康委员会制

|  |  |
| --- | --- |
| 接  收  单  位  意  见 | 接收单位科室对自我鉴定的意见(须注明情况属实否,有无其它特别说明情况)  负责人： 年 月 日 |
| 接收单位对自我鉴定的意见(须注明情况属实否,有无其它特别说明情况)  单位：（公章）  负责人： 年 月 日 |
| 派  出  单  位  意  见 | 派出单位科室对自我鉴定的意见(须注明情况属实否,有无其它特别说明情况)  负责人： 年 月 日 |
| 派出单位对自我鉴定的意见(须注明情况属实否,有无其它特别说明情况)  单位：（公章）  负责人： 年 月 日 |
| 接收  单位  上级  主管  部门  意见 | 单位：（公章）  负责人： 年 月 日 |

注：此表作为卫生技术人员申报高级职称的依据。