附件3

广西卫生专业技术人员到基层工作考核卡

单 位：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 文化程度 |  | 专业技术职称 |  | 政治面貌 |  |
| 基层服务起止时间 | 服务地点 |
|  |  |
| 自我鉴定 |   签名： 年 月 日 |
| 接收单位意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 派出单位意见 |   （盖章） 年 月 日 |

附件4

广西医疗机构医师可不作要求到基层服务

审核表

单 位：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 文化程度 |  | 专业技术职称 |  | 政治面貌 |  |
| 可不作要求到基层服务的理由（并附附件） |   申请人签名： 年 月 日 |
| 单位意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 主管卫生行政部门审批意见 |   （盖章） 年 月 日 |