附件4

基层服务经历登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 族别 | |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 从事专业 | |  | | |
| 参加工作时间 |  | 现专业技术职务 | |  | | |
| 派出单位 |  | 接受单位 | | |  | | |
| 起始时间 |  | 结束时间 | | |  | | |
| 服务内容及形式 |  | | | | | | |
| 派出单位意见 | 单位及负责人（签章）  年 月 日 | | | | | | |
| 接受单位意见 | 单位及负责人（签章）  年 月 日 | | | | | | |
| 接受单位上级卫生健康行政部门意见 | 单位及负责人（签章）  年 月 日 | | | | | | |