附件2

**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 |
| 受援单位意见 |        （盖章） 年 月 日 |
| 派出单位意见 |        （盖章） 年 月 日 |