

附件 4

## 贵州省城乡对口支援基层医疗机构(卫生下乡) 申报高级资格情况登记审核表(一)

姓名		性别		出生年月	( 岁)	民族	
工作单位				单位所属		参加工作时间	
				医院等级			
从事专业		现任专业技术职务		聘任时间			
基层服务工作经历:从2017年起,省、市级医疗卫生机构卫生专业技术人员(医、药、护、技)晋升高级职称前,须到县级及以下单位连续服务1年以上,累计服务2年。							
一、连续服务1年以上							
对口支援 基层单位名称							
服务起止时间	年 月 日至 年 月 日			服务时间(天)	天		
县、乡 卫生机构 意见				县卫计局 审核意见			
	(盖章) 年 月 日				(盖章) 年 月 日		
派出单位 业务部门 审核意见				派出单位 人事部门 审核意见			
	(盖章) 年 月 日				(盖章) 年 月 日		

备注:1.本表为申报高级资格基层服务工作(卫生下乡)连续服务一年以上情况登记;  
2.申报高级资格前,到基层连续服务满一年必须填写。

# 贵州省城乡对口支援基层医疗机构(卫生下乡) 申报高级资格情况登记审核表(二)

姓名		性别		出生年月	( 岁)	民族	
工作单位				单位所属		参加工作时间	
				医院等级			
从事专业		现任专业技术职务			聘任时间		
基层服务工作(卫生下乡)经历(连续服务、分段服务、远程医疗):							
二、分段服务(方式:脱贫攻坚、走村入户、驻点帮扶、巡回医疗、培训教育等)							
服务方式	次数	服务时间(天)	对口支援基层单位名称				
脱贫攻坚							
驻点帮扶							
走村入户							
巡回医疗							
培训教育							
其他							
分段累计服务时间合计:			天				
三、远程医疗							
远程医疗次数:	次	合计:	天	作为对口帮扶连续驻点时间25%计算: 天			
四、分段累计服务加远程医疗服务折算时间			天	是否满足服务基层要求: 是( )/否( )			
尚需补足:			天	拟安排补足服务基层时间: 年 月起			
派出单位 业务部门 审核意见				派出单位 人事部门 审核意见			
	(盖章) 年 月 日				(盖章) 年 月 日		

备注:1.本表为基层服务工作(卫生下乡)经历累计服务时间一年情况登记;  
2.提供所在单位“基层服务工作安排”或“基层服务轮次安排”等文件作为支撑材料。  
3.到县级及以下单位连续服务1年以上,累计服务2年。