附件11

服务基层考核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 | |  |  |
| 身份证号 |  | | | 现聘职称 | |  |
| 派出机构 |  | | 从事专业 | |  | |
| 服务机构 | | |  | | | |
| 服务时间 | | |  | | | | |
| 工作内容 | 诊疗病人（人次） | |  | 开展手术（台次）/流行病学调查（人次）/健康教育（人次）等 | | |  |
| 主持病（案）例讨论（次） | |  | 带教下级医生（人） | | |  |
| 开展专题讲座（次） | |  | 开展新技术新项目（项） | | |  |
| 其他工作 | |  | | | | |
| 工作总结（500字以内） |  | | | | | | |
| 服务机构科室考核意见 | 同志于 年 月 日至 年 月 日，在我科室完成基层服务工作，经考核 。  科室负责人签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 服务机构考核意见 | 同志于 年 月 日至 年 月 日在我单位服务，经考核 。以上情况已于 年 月 日-- 月 日在本单位公示，无异议。  单位负责人签名： 单位公章  年 月 日 | | | | | | |
| 服务机构所在地卫生健康行政部门  意见 | 考核结果：  单位公章  年 月 日 | | | | | | |
| 派出机构考核意见 | 同志完成到 （基层医疗卫生机构名称） 服务任务，经考核 。以上情况已于 年 月 日-- 月 日在本单位公示，无异议。  单位负责人签名： 单位公章  年 月 日 | | | | | | |

备注：1.考核结果分为合格和不合格。

2.此表作为完成下基层服务认定证明。各签章单位对考核内容及意见负责。

3.此表正反面打印。