附件2：

2019年省优秀基层卫生骨干人才年度考核表

工作单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 身份证号 | |  | | | |
| 岗位类别（医、护、技术、药等） | | | | |  | | 联系电话 |  |
| 工作变动情况 | | （更换单位、晋升职称等） | | | | | | |
| 本人年度小结  （包括工作业绩、履职尽责、服务数量与质量、年度取得进步情况、廉洁从医等内容，不少于600字） | | | | | | | | |
| 机构  考评  意见 | （不少于300字） | | | 负责人签名： 年 月 日 | | | | |
| 县级  考评  小组  意见 | （不少于200字） | | |  | | 组长签名：年 月 日 | | |
| 不合格  情况  说明 |  | | |  | | 组长签名：年 月 日 | | |
| 市级  卫生  健康  部门  审核  意见 |  | | |  | | 盖章：年 月 日 | | |