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 |