附件4：

**城市医生免于到农村或城市社区医疗卫生**

**机构服务情况审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生  年月 |  | （照 片） |
| 从事专 业 |  | 学历 |  | 参加工作时间 |  |
| 专业技术资格 |  | | 现聘专业技术职务 | |  |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 免于到基层服务的理由 | （附证明材料） | | | | | |
| 所在单位审核意见 | 经审核，该同志符合鲁卫人发[2010] 号文件第 条 款有关规定，免于到农村服务。  本意见已于 年 月 日- 月 日在本单位公示，无异议。  单位负责人（签字）： （单位公章）  年 月 日 | | | | | |
| 省、设区的市政府卫生行政部门意见 | （公章）  年 月 日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |

注：1、本表一式三份填写，单位与市卫生局各留存一份，一份报相应职称评审委员会办事机构。

2、省、设区的市级政府卫生行政部门意见一栏按照隶属关系填写。其中，省属医疗卫生单位由省卫生厅医政和中医管理部门审核填写，其他的报所在市卫生局审核填写。

3、本单位公示期应不少于7天。