附件8

卫生专业技术人员基层服务鉴定表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 工作单位 | | |  |
| 现职称 | |  | 申报职称 | | |  |
| 服务  基层经历 |  | | | | | |
| 服务  基层工作总结 |  | | | | | |
| 所在科室意见 | 负责人：  年 月 日 | | | 所在单位意见 | 申报人填写情况（是、否）属实，经本单位、科室公示（有、无）异议。  负责人： （公章）  年 月 日 | |

附件9

继 续 教 育 考 核 登 记 表

系列： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 年龄 |  | 学历 |  |
| 工作单位 | |  | | | 拟晋职称 | |  | | |
| 接受继续教育情况 | 公需课学时 | 2019年 学时；  2020年 学时；  2021年 学时；  2022年 学时；  2023年 学时。  **5年累计总学时： 学时。** | | | | | | | |
| 专业课学分 | 2019年Ⅰ类 分，Ⅱ类 分，其中远程继续教育 分；  2020年Ⅰ类 分，Ⅱ类 分，其中远程继续教育 分；  2021年Ⅰ类 分，Ⅱ类 分，其中远程继续教育 分；  2022年Ⅰ类 分，Ⅱ类 分；其中远程继续教育 分；  2023年Ⅰ类 分，Ⅱ类分；其中远程继续教育 分。  **5年累计Ⅰ类 分，Ⅱ类 分，其中国家级继续教育 分。** | | | | | | | |
| 单位考核意见：  （单位盖章）  责任人签字： | | | 主管部门意见：  （单位盖章）  责任人签字： | | | | 人社部门意见：  （单位盖章）  责任人签字： | | |

附件10

解决疑难病例（重大技术问题）实例表

|  |  |
| --- | --- |
| 解决的疑难病例（重大技术问题） | 本人签字  年 月 日 |
| 同行专家评议意见 | 专家签字： |
| 专家签字： |
| 专家签字： |
| 用人  单位  意见 | 单位领导签字 （盖章）  年 月 日 |

说明：

1.此表须双面打印，每份填写1例实例，内容要准确、具体、详实。

2.同行专家评议意见由单位人事部门组织填写，至少有2名专家签署意见，评价意见要具体、详实，不得与申报人员见面。

附件11

公示结果

为充分体现职称评审公开、公平、公正的原则，建立以品德、能力、业绩为主要内容的评价导向，进一步准确地了解掌握专业技术人员在职业道德、专业水平、应用与创新能力等方面的情况，根据自治区职称评审工作流程要求，我单位对以下职称申报人的基本情况、主要业绩和相对标的评审条件要求进行了认真审核，已于X年X月X日至X年X月X日(5个工作日)公示，公示期间及期满无异议。

申报人：

张X,X（性别），XXXX年X月出生，XX（政治面貌），现任职务：XXXX主任，XXXX年取得XXX职称，拟申报X级XXX（如主任医师）。

（主要业绩和所对标的评审条件要求附后）

举报电话：XXXXXXX

受理部门：XXXXXXX

单位名称（盖章)：XXXX

XXXX年X月X日