附件7-1

贵州省城乡对口支援基层医疗机构（卫生下乡）情况

登记审核表（连续服务）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 出生年月 | | | （ 岁） | | | | | | 民族 |  |
| 工作单位 |  | | | | | 单位所属 | |  | | | | 参加工作  时间 | | |  | |
| 医院等级 | |  | | | |
| 从事  专业 |  | | 现任专业技术职务 | | |  | | | | | 聘任时间 | |  | | | |
| 是否新冠肺炎疫情防控一线医务人员 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 对口支援基层  单位名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 服务起止时间 | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | 服务时间（天） | | | | 天 | | |
| 县、乡  卫生机构  意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | 县卫健局  审核意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 派出单位  业务部门  审核意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | 派出单位  人事部门  审核意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |

备注：1.晋升高级职称前，须到县级及以下单位连续服务1年以上，累计服务2年。

2.本表为申报高级资格服务基层工作（卫生下乡）连续服务情况登记。

3.提供所在单位“服务基层工作安排”等文件作为支撑材料。

4.新冠肺炎疫情防控一线医务人员视为已完成连续一年服务基层工作经历，由单位人事部门盖章确认。

附件7-2

贵州省城乡对口支援基层医疗机构（卫生下乡）情况

登记审核表（累计服务）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | |  | | | 出生年月 | | | | （ 岁） | | | | | | 民族 | |  | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | 单位所属 | | | |  | | | 参加工作  时间 | | |  | | | |
| 医院等级 | | | |  | | |
| 从事  专业 |  | | | 现任专业技术职务 | | | | | |  | | | | | | 聘任时间 | | |  | | | | |
| 一、分段服务（方式：脱贫攻坚、走村入户、驻点帮扶、巡回医疗、培训教育等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服务方式 | | | 次 数 | | | | | 服务时间  （天） | | | | 对口支援基层单位名称 | | | | | | | | | | | |
| 脱贫攻坚 | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 驻点帮扶 | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 走村入户 | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 巡回医疗 | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 培训教育 | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 其 他 | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 分段累计服务时间合计： | | | | | | | | 天 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 二、远程医疗 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 远程医疗次数： | | | 次 | | | 合计： | | | 天 | | 作为对口帮扶连续驻点时间25%计算： | | | | | | | | | |  | | 天 |
| 三、分段累计服务加远程医疗服务折  算时间 | | | | | | | | | 天 | | 是否满足服务基层要求： | | | | | | | 是（ ）∕否（ ） | | | | | |
| 派出单位  业务部门  审核意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | 派出单位  人事部门  审核意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |

备注：1.晋升高级职称前，须到县级及以下单位连续服务1年以上，累计服务2年。

2.本表为服务基层工作（卫生下乡）经历累计服务时间情况登记。

3.提供所在单位“服务基层工作安排”或“服务基层轮次安排”等文件作为支撑材料。