附件4：

|  |
| --- |
| 基层卫生骨干人才基本情况表 |
|  镇（区）卫生院 填报人： 填表日期： 年 月 日 |
| 辖市（区）名称 | 姓 名 | 单位名称 | 性别 | 年龄（岁） | 第一学历 | 最高学历 | 技术职称 | 执业资质 | 执业类别 | 累计基层工作年限（年） |
| 溧阳市 |  | 　　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |