附件 1

# 毕节医学高等专科学校专业技术人员基层服务申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学历学位 |  | 现有专业技术职务 |  | 聘任时间 |  |
| 所在部门 |  | 现从事专业 |  |
| 基层服务单位 |  | 服务单位联系人及联系电话 |  |
| 基层服务岗位 |  | 基层服务每周天数 |  |
| 基层服务起止时间 |  | 本人联系电话 |  |
| 此次基层服务的主要内容、初步计划及预期目标（教学培训、合作研究、科技开发、技术服务等） |
| 接收单位意见 | （是否同意接受） | （盖章）年月日 |  |
| 系部（处室）意见 | 申请人所在部门 | 负责人签字（章）年 月 日 |  |
| 相关部门（教务处、科研中心、团委、人事处）意见 | 签字部门：教务处：教学机构、医疗机构、药店等与专业有关行业企业服务，实习指导；科研中心：开展课题调研、“大地论文”工程等科研项目到基层服务；团委：组织“三下乡”、“学生志愿者”等团队到基层服务的；人事处：非相关企业行业的县区、乡镇、农村（社区）等部门服务的。 负责人签字（章） 年 月 日 |
| 学校意见 | 分管领导签字：肖朝荣副书记：人事处、团委派出；黎梅副校长：教务处派出；许海副校长：科研中心派出。分管领导签字：（学校公章）年 月 日 |

附件 2

# 毕节医学高等专科学校专业技术人员基层服务考核登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  |
| **学历学位** |  | **现有专业技术职务** |  | **聘任时间** |  |
| **基层服务单位** |  |
| **基层服务岗位** |  |
| **基层服务起止时间** |  | **基层服****务每周****天数** |  |
| **基层服务个人工作总结（思想、工作）** | **内容包括：（**1**）思想方面：政治思想表现、工作态度、组织纪律、群众关系及奖惩；（**2**）业务方面：理论及实践提高、预期目标实现情况、工作中的启示、创新点、合理化建议。** |

|  |  |
| --- | --- |
| **基层单位鉴定意见** | 考核办法实行“一人一策”，能够规定工作任务、工作标准的，采取量化方式进行考核；难以量化工作任务的，可以进行定性考核，考核内容包括德、能、勤、绩、廉。**负责人签字：****（盖章）****年 月 日** |
| **系部（处室）评定意见** | 申请人所在部门**负责人签字：****（盖章）** **年 月 日** |
| **相关部门****（教务处、科研中心、团委、人事处）评定意见** | **派出相关部门****负责人签字：****（盖章）****年 月 日**  |
| **学校评议意见** | 人事处统一报学校盖章**学校（盖章）****年月日** |

**附件3**

毕节医学高等专科学校专业技术人员到基层服务工作日志

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 教师姓名 |  | 服务单位 |  |
| 服务岗位（服务） |   | 服务日期 |  年 月 日 |
| 服务内容： |