

江苏省第二中医院 医师对口支援情况证明

姓名		科室		身份证号	
该同志完成基层医疗机构服务截至 <u>2023</u> 年底累计 <u> </u> 月（需满6个月）					
医务处负责人： 日 期：					
该同志完成社区服务中心服务截至 <u>2023</u> 年底累计 <u> </u> 月（需满3个月）					
医务处负责人： 日 期：					
该同志完成我院120分站服务截至 <u>2023</u> 年底累计 <u> </u> 月（需满3个月）					
医务处负责人： 日 期：					
综上，该同志报考副高职称对口支援情况符合医院省二中院（2017）94号文件要求。					
医务处负责人： 日 期：					