**云南省卫生专业技术人员到基层工作一年**

**情 况 证 明**

兹有我单位职工：                 ；性别         ；出生年月             （ 岁）；现专业技术职称            ，拟申报专业技术职称                                 。于          年     月     日至          年    月      日到基层工作累计满一年。

派出单位：（公章）　　　 接受单位：（公章）

负责人签名： 负责人签名：

审核人签名： 审核人签名：

20 年     月    日 20 年 月 日

县（区）卫健部门：（公章）

负责人签名：

审核人签名：

 20 年    月    日