附件5

医务人员下队服务证明

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生**  **年月** |  | **民族** |  | **学历** |  |
| **现专业技术职务** | |  | | **任现职时间** | |  | | | |
| **服务队伍** | |  | | | | | | | |
| **服务队员** | |  | | | | | | | |
| **服务时长 （累计下队单元）** | | 例：2021年6月至2024年7月服务国家\*\*队，累计下队单元\*\*\*个。 | | | | | | | |
| **服务效果** | |  | | | | | | | |
| **队伍管理部门**  **意见** | | 签字： 盖章： | | | | | | | |

备注：1.任现职时间是指受聘担任现专业技术职务的时间；

2.服务时长指任现职以来服务运动队的时间，注明下队时间以及累计下队单元总数，

半天（4小时）为1个有效下队单元；若服务不同的队伍，分别出具不同队伍的证明；

3.服务效果分为优秀、良好、合格三个档次；

4.队伍管理部门意见应由项目中心或协会负责签字并盖章。