申报卫生副高和基层卫生高级职务任职资格

单位专家委员会推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被推荐人  姓 名 | |  | | 性　别 | | |  | | 民　族 |  | | 照  片 | |
| 曾 用 名 | |  | | 出生年月 | | |  | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | |
| 有效学历及所学专业 | | |  | | | | | | | | |
| 毕业学校及时间 | | |  | | | 参加工作时间 | | | | |  | | |
| 目前专业技术任职资格 | 获得时间 | |  | | | 拟申报专业  技术职务任职资格 | | | | |  | | |
| 初次聘任时间 | |  | | |
| 累计聘任年限 | |  | | |
| 现任（含兼任）行政  职务及任职时间 | | |  | | | 现从事专业  （按二级专业填报） | | | | |  | | |
| 计算机应用能力  考试情况 | | |  | | | 外语考试成绩 | | | | |  | | |
| 任现职以来各年度及  任期考核情况 | | |  | | | | | | | | | | |
| 单  位  专  家  委  员  会  意  见 | 专家人数 | | 参加投票人数 | | 投票情况 | | | | | | | | |
|  | |  | | 同意票数 | | |  | | 不同意票数 | | |  |
| （单位公章）  专家委员会负责人签字：　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 单  位  审  核  意  见 | （单位公章）  单位负责人签字：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 备  注 | 公示期：自 年 月 日---- 年 月 日，共 天。 | | | | | | | | | | | | |