卫生专业技术资格考试聘用证明表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 照片 | |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  | |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  | |
| 学历 |  | 所学专业 |  | |
| 参加工作时间 | |  | | | | |
| 聘用医疗机构名称及其执业许可证登记证号 | |  | | 聘用科室 | |  |
| 聘期 | 从         年      月  至         年      月 | | | 聘用职务 | |  |
| 聘  用  单  位  意  见 | 聘任单位(盖章)：  行政领导签字： | | | | | |

新冠肺炎疫情防控一线专业技术人员抗疫表现情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生年月 | |  |
| 工作单位 |  | | | | 参加工作  时间 | |  |
| 现专业  技术资格 |  | | | | 取得时间 | |  |
| 申报职称资格 |  | | | | 申报专业 | |  |
| 抗疫工作任务 | 抗疫工作单位：  抗疫岗位（专业技术工作）：  工作天数（接触确诊或疑似病例、新冠病毒、病例标本）：  完成工作任务量： | | | | | | |
| 抗疫工作业绩表现 |  | | | | | | |
| 享受倾斜政策 | 本人自愿选择享受倾斜政策晋升职称等级。  享受倾斜政策:  本人签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 单位意见 | 经审核， 同志符合《关于做好新冠肺炎疫情防控一线卫生专业技术人员和科研攻关人员职称工作的通知》（陕人社发〔2020〕12号）的条件，抗疫工作表现在本单位公示5个工作日，公示期间群众无异议。现同意推荐申报职称资格。  负责人：  （公 章）  年 月 日 | | | | | | |
| 呈报单位意见 | （公 章）  年 月 日 | | （公 章）  年 月 日 | | | （公 章）  年 月 日 | |
| 人社  部门意见 | （公 章）  年 月 日 | | | | | | |