附件11

基层卫生专业技术高级任职资格申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  | |
| 学  历 | 毕业学校及专业 | | | 毕业时间 | 文化程度 | |
|  | | |  |  | |
| 现职称 |  | 授予部门及时间 | |  | 拟晋职称 |  |
| 现工作单位及  从事专业 | |  | | | | |
| 从事 基层 工作  经历 |  | | | | | |
| 基层  单位  推荐  意见 | 审查人（签字）  负责人（签字）  盖章  年 月 日 | | | | | |
| 主管 部门 审查 意见 | 审查人（签字）  负责人（签字）  盖章  年 月 日 | | | | | |

注：此表所有项目均应认真填写，包括审查、负责人签字及盖章，缺少一项将不予参评，后果自负。