附件2

**新冠肺炎疫情防控一线医务人员享受**

**职称优惠政策申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | | 身份证号 | | | | |  | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | | 联系方式 | |  | |
| 学历 | |  | 毕业学校及专业 | | | | | | |  | | | | 毕业时间 | |  |
| 现任职称 | |  | 专业 | |  | | | | 获得时间 | | |  | | 聘任时间 | |  |
| 报考级别 | |  | | | | | 申报专业 | | | | |  | | | | |
| 临时性工作补助发放情况 | | | | | | | 一档□ 二档□ | | | | | 发放天数：（ ）天 | | | | |
| 参加抗疫一线时间 | | | | | | | 年 月 日- 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 享受政策选择 | （在享受政策□内打√）  □提前一年申报参加卫生专业技术资格考试  □受省部级以上表彰奖励，不受年限限制直接申报 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位  意见 | 单位负责人签名：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | 签  主主管单位意见 | 经办人签名：  （公章）  年 月 日 | | | | | |
| 省辖市人社部门意见 | 经办人签名：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

注：此表填写一份，省辖市签字盖章后报考区审核，同时扫描上传至一线人员信息系统。