

附件

广东省基层卫生紧缺专业技术人才 副高级职称直接认定申报表

姓 名 _____

身份证号码 _____

工作单位 _____

现 职 称 _____ 专 业 _____ 职 称 _____

申报职称 _____ 专 业 _____ 职 称 _____

填表时间 _____ 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 _____

二零二零年

填表说明

1、本表适用于《基层卫生紧缺专业技术人员副高级职称直接认定工作流程（2020年版）》所指基层卫生紧缺专业技术人员副高级职称直接认定工作。

2、本表应用钢笔或签字笔以正楷字体填写，也可计算机填写后打印。申报人应按要求，如实、认真填写各项内容，有注释内容应按注释规范填写，字迹应端正、清晰。如内容较多，可酌加附页。表内各栏项目不得空白，如某项无内容应在该栏注明“无”字样。

3、本表由单位出具意见栏目，须待公示结束之后方可填写。各项评价或审核意见不与申报人见面。

4、申报时提交本表一式一份。经认定通过和审核发证后，由申报人人事档案保管单位存入个人人事档案，本表不退回申报人。

5、本表用 A4 纸双面打印，不可改变其结构、字体、字号。

6、按要求须提供的复印件，应标注“与原件相符”并加盖单位公章后用于评前公示，不再与申报表一起装订。

姓名		性别		身份证号码		民族		贴 相 片
政治面貌		最高学历		最高学位		所学专业		
现工作单位				参加工作时间				
现职称		取得时间		现职称取得方式		现职称发证单位		
现聘任_____专业(科) _____职务, 累计_____年				从事本专业或相近专业 工作合计: _____年		参加学术团体 及任职		
现从事专业技术工作				取得中级职称后在基层连续 工作时间: _____年		现申报直接 认定职称		
学 历 情 况 教 育	起止年月	毕 业 院 校			专 业	学 历 (学位)	办 学 形 式	
非 学 历 教 育	起止年月	学 习 内 容			课 时	取 得 何 证 书	办 学 单 位	
主 要 工 作 经 历	起止年月	在何地、何单位从事何工作				任何职	证明人	

- 注: 1、现职称取得方式: 指评审、认定、考试。
2、现申报直接认定职称: 统一填写为“XXX专业(参考适用专业) 副主任医师/技师”。
3、学历(学位)教育: 请自中专开始填起, 无中专以上学历者从初中开始填起。
4、办学形式: 指全日制、在职或电大、函大、业余大、职大、夜大、自学考试等。
5、非学历教育: 指用大、中专学校或相同水平教材进行的基础教育, 如专业证书班等。
6、主要工作经历: 从参加工作开始填写, 重要兼职亦应填写, 所列各项时间段应前后衔接。

2010年以来 个人年度医德考评情况		2010年: _____; 2011年: _____; 2012年: _____; 2013年: _____; 2014年: _____; 2015年: _____; 2016年: _____; 2017年: _____; 2018年: _____; 2019年: _____。			
最近5个考核周期 医师/乡医定期考核情况					
最近十年个人年度考核 (聘期考核)情况		2010年: _____; 2011年: _____; 2012年: _____; 2013年: _____; 2014年: _____; 2015年: _____; 2016年: _____; 2017年: _____; 2018年: _____; 2019年: _____。			
是否住院医师 规范化培训对象			培训合格 证书编号		培训 专业
3 个月 以上 进修 经历	起止时间	进修单位	学 习 内 容		学习 时间

注：1、医德考评结果分为四个等级：优秀、良好、一般、较差。

2、医师/乡医定期考核结果分为：合格、不合格。

3、年度/聘期考核等级为：优秀、称职（合格）、基本称职（基本合格）、不称职（不合格）。

个人专业技术工作总结

工作负面情况说明	
申报人负面情况	任现职以来专业技术工作中如曾出现下列情况，请在选项前面打√： <input type="checkbox"/> 利用单位负责人之便占用他人成果； <input type="checkbox"/> 因工作过失受到通报； <input type="checkbox"/> 工程质量事故； <input type="checkbox"/> 医疗事故； <input type="checkbox"/> 严重医患纠纷； <input type="checkbox"/> 前述事故出现伤亡； <input type="checkbox"/> 其他情况： 并就上述过错的具体情形作简要文字说明：
申报人对工作过失的陈述	申报人签名：
单位对申报人负面情况的意见	单位人事部门负责人签名： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (公章)
<p>本人承诺： 本人对以上所填写内容及所提交附件材料的真实性、可靠性、可溯源性负责。如有虚假或者不真实之处，愿意接受包括撤销职称等处理决定。</p> <p style="text-align: right;">申报人签名： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>	

- 注：1、申报人须如实填写工作负面情况并亲笔签名，若对获现职称以来出现的过错隐瞒不报，评前公示阶段受举报查实，取消当年申报资格并通报批评；评后受举报查实，评审结果无效或撤销已获得的职称，且自下年度起3年内不得申报。
- 2、如有负面情况，申报人须在“申报人负面情况”栏对工作中出现的过错作出具体表述，在“申报人对工作过失的陈述”栏如实填写出现过失的原因、处理方式及本人的认识。“单位意见”栏由单位人事部门针对申报人工作作风、态度、过失因果等，加具对其负面情况的意见，对申报人未填报的负面情况亦一并列明。

单位综合评价意见

单位负责人签名：_____

(单位公章)

年 月 日

单位对申报材料审核意见：

本《申报表》填写的内容及提交的材料，其真实性、可靠性、可溯源性，已经我单位核对无误，并对此负责且承担由此产生的一切后果。

核对人签名：

单位负责人签名：

年 月 日
公章

注：所在单位须对申报人的专业技术工作、业绩进行核实并对其水平、能力、业绩作出客观公正的评价，评价意见字数不少于150字。

推荐前公示情况（在是或否后的括号内打√）：

是（ ）否（ ）在单位显著位置公开张贴；本表涉及的全部申请材料是（ ）否（ ）已公示；
公示期：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日。

收到对申报人的举报、投诉主要内容及核查情况：

单位负责人（签名）：_____行政职务：_____

本签名表明负责人已完全清楚申报人的申报材料内容，并对材料的真实性、可靠性、可溯源性及公示环节的完整性表示担保。
如申报人有弄虚作假行为，负责人须承担连带责任，一并追究。

（单位公章）
年 月 日

上级主管部门或单位审核意见：

负责人：_____

（公章）
年 月 日

县（区）人社部门审核意见：

经办人：_____（公章）
年 月 日

市人社部门（省直主管部门）审核意见：

经办人：_____（公章）
年 月 日

注：1、“评前公示情况”栏由申报人所在单位负责填写。

2、主管部门、各级人社部门应依据我省相应专业资格条件和有关规定审核申报人材料，符合申报专业资格条件各条规定要求的材料方可报送评委会评审，否则不予报送评委会。

评委会办公室审核意见:

评委会办公室 (公章)

年 月 日

评审委员会认定情况

评审委员会对_____同志的认定结论:

主任委员或副主任委员签章_____

评委会 (公章)

年 月 日

评委会人数	到会人数	投票表决结果			备注
		同意 票数		不同意 票数	

注: 对评委会认定通过人员的认定结论应填写其专业与职称名称, 如“经评审委员会审核, 同意认定 XXXXXXXX (姓名) 为 XXXXXXXXXXXX (专业) 副主任医师/副主任技师/副主任中医师/副主任中药师。”

认定结果公示情况:

负责人: _____

评委会办公室(公章)
年 月 日

职称审核确认意见:

职称审核确认单位(公章)

年 月 日

备注