

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 <input type="checkbox"/> 二档 <input type="checkbox"/>	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	<p>(在享受政策<input type="checkbox"/>内打√)</p> <p><input type="checkbox"/>提前一年申报参加卫生专业技术资格考试</p> <p><input type="checkbox"/>受省部级以上表彰奖励，不受年限限制直接申报</p>				
单位意见	单位负责人签名： (公章) 年 月 日		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。