附件2

安徽省省属公立医疗卫生机构引进

高层次人才奖补申报审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 出生年月 | |  | 照片 | |
| 身份证（护照）号码 | |  | | | | | |
| 学历、学位 |  | 毕业院校 | | | |  | |
| 所学专业 |  | 毕业时间 | | | |  | |
| 留学国别 |  | 留学起止年月 | | | |  | |
| 户籍所在地 |  | 联系电话 | | | |  | |
| 引进时间 |  | 引进前工作单位及职务（职称） | | | |  | | | |
| 现工作岗位  及职务 |  | 服务期合同起止年月 | | |  | | 配偶、未成年子女  是否在合肥落户 | |  |
| 主要学习、  工作简历 |  | | | | | | | | |
| 主要成果、  工作业绩及  获奖情况 |  | | | | | | | | |
| 用人单位  申报意见 | 同意推荐。拟申报第 层次人才。  （盖 章）  年 月 日 | | | 主管单位审核意见 | | | 同意推荐。  经审核，认定为第 层次人才/团队。    （盖 章）  年 月 日 | | |
| 省卫生健康委备案确认意见 | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | |

安徽省省属公立医疗卫生机构引进高层次人才团队（带头人/其他成员）

奖补申报审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 出生年月 | |  | 照片 | |
| 身份证（护照）号码 | |  | | | | | |
| 学历、学位 |  | 毕业院校 | | | |  | |
| 所学专业 |  | 毕业时间 | | | |  | |
| 留学国别 |  | 留学起止年月 | | | |  | |
| 户籍所在地 |  | 联系电话 | | | |  | |
| 引进时间 |  | 引进前工作单位及职务（职称） | | | |  | | | |
| 现工作岗位  及职务 |  | 服务期合同起止年月 | | |  | | 配偶、未成年子女  是否在合肥落户 | |  |
| 主要学习、  工作简历 |  | | | | | | | | |
| 主要成果、  工作业绩及  获奖情况 |  | | | | | | | | |
| 团队名称 |  | | | 团队成员数 | | | 带头人： 名；成员： 名 | | |
| 用人单位  申报意见 | 同意推荐。拟申报第 层次团队。  （盖 章）  年 月 日 | | | 主管单位审核意见 | | | 同意推荐。  经审核，认定为第 层次团队。    （盖 章）  年 月 日 | | |
| 省卫生健康委备案确认意见 | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | |