附件3 ：

卫生专业技术高级职称免试审核表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 工作单位 |  | | | 联系方式 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  | 学历 |  |
| 现有职称 |  | | | 获得时间 |  |
| 报考级别 |  | | 报考专业 |  | |
| 免试年度 |  | 免试理由 | 年 月-- 年 月（援疆、援藏、援外） | | |
| 单位意见  盖章  年 月 日 | | | 主管部门意见    盖章  年 月 日 | | |
| 卫生健康委意见  盖章  年 月 日 | | | 批准部门意见  盖章  年 月 日 | | |