附件

三明市医疗卫生领域专项人才补助申请表

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 一寸彩色  (相片) |
| 籍贯 |  | 户籍所在地 |  | | 参加工  作时间 |  | |
| 聘用单位 |  | | | | | | |
| 毕业院校及专业 |  | | | | | 学历  学位 |  | |
| 身份证号码 |  | | | | 手机 |  | | |
| 申请人工作经历(起止时间、工作单位及岗位、职务等，从大学填起) |  | | | | | | | |
| 申请人是否承  诺在明服务不  少于5年 |  | | | | 引进时是否符合最新的省、市人才需求目录医疗卫生专业人才 | | |  |
| 人才补助标准 | 符合 条件，补助 元/月。 | | | | | | | |
| 申请补助  起止时间 | 年 月至 年 月 | | | | 补助金额(元) | | |  |
| 用人单位意见 | (盖章)  年 月 日 | | | | | | | |