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 |