

附件 7

城市中医药专业技术人员免对口支援登记表

姓 名		性 别		出生年月	
最高学历		毕业院校			
从事专业		专业技术职务		聘任时间	
免对口支援原因	<p>明确对口支援任务的医疗卫生机构人员，任现职以来，符合下列条件之一的，可免对口支援：</p> <p><input type="checkbox"/>在部队团及团以下医疗卫生机构工作 2 年及以上</p> <p><input type="checkbox"/>在乡镇卫生院、社区卫生服务机构工作 2 年及以上</p> <p><input type="checkbox"/>参加疫情防控的一线中医药专业技术人员</p>				
所 在 单 位 审 查 意 见	<p>负责人（签字）：_____</p> <p style="text-align: right;">单位：（公章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				
主 管 部 门 意 见	<p>负责人（签字）：_____</p> <p style="text-align: right;">单位：（公章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

注：1.个人基本信息、学历信息、从事专业及专业技术职务情况须与申报信息一致；
2.所在单位须勾选免对口支援原因并附相关证明材料。弄虚作假者，三年内不得申报卫生高级职称。

四川省中医药管理局制