附件2

天宁区卫生人才引育待遇申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 民族 | |  | | 政治面貌 |  |
| 身份证  号码 |  | | | 现从事  专业 | |  | |
| 行政职务 |  | | | 专业技术  职务 | |  | |
| 工作  单位名称 |  | | | | | 编制性质 | 全额拨款/差额拨款/无 | |
| 人才类别 | 请选择（ ）  A:全职引进人才； B:柔性引进团队； C:柔性引进人才；D：在职培育人才 | | | | | | | |
| 事 由 | 请选择（ ）  A:第一年申报；B:第二年申报；C:第三年申报；D：一次性申报 | | | | | | | |
| 申请金额 | （ ）万元 | | | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | 法定代表人 | |  | |
| 统一社会  信用代码 |  | | | | 单位地址 | |  | |
| 单位账户信息 | 开户行 | |  | | | | | |
| 账 户 | |  | | | | | |
| 单位  联系人 |  | | | | 联系电话 | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 学习工作经历（从大学起） |  |
| 符合待遇申领条件的  情况简介 | （300字以内，主要涉及主导的业务和产生的实际成效、取得的荣誉和成就等） |
| 申请单  位意见 | 以上填写及提交的材料属实。  单位盖章  年 月 日 |
| 牵头部门  初审意见 | 经审核，建议给予奖励 元。 单位盖章  年 月 日 |
| 人才小组  审核意见 | 单位盖章  年 月 日 |

注：以专家团队申报的，个人信息部分填写团队主要成员信息。