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。