附件6

青海省卫生系列高级职称申报人员情况汇总表

单位，市（州）卫生健康委、人社部门（盖章）： 填表人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位 | 姓 名 | 性别 | 出生年月 | 学历 | 毕业学校、专业、时间 | 现从事专业 | 原有技术职称、聘任时间 | 拟晋升职称及专业 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |