|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4  汾西县2022年度医疗领域“汾才回乡”  单位同意调动证明 | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 出生年月 | | |  | 文化程度 |  |
| 身份证号 |  | | | | | 取得专业技术资格、执业资格情况 | | |  | 是否聘任 |  |
| 参加工作时间 | |  | | | | 到现单位工作时间 | | | |  | |
| 工作单位及职务 | |  | | | | | | 现任岗位等级 | |  | |
| 事业单位经费形式 | | 1.全额拨款□ 2.差额补贴□ 3.经费自理□ | | | | | | | | | |
| 本人身份性质分类 | | 事业单位人员（全额拨款□ 差额补贴□ 经费自理□） | | | | | | | | | |
| 工作单位意见 | | | | | | | 工作单位县级以上组织部门或人力资源和  社会保障部门意见 | | | | |
| 主要负责人签字：  （（盖章） 年 月 日 | | | | | | | 主要负责人签字：  （（盖章） 年 月 日 | | | | |
| 申请人承诺和签字 | | | 以上证明填报内容完全真实，如有虚假，本人愿意承担由此产生的一切后果及责任。  签名： 联系电话： 年 月 日 | | | | | | | | |
|
|