|  |
| --- |
| 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 |
|
|