|  |
| --- |
| **陵川县医疗集团2024年引进卫生专业技术人才****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 | 　 |
| 工作单位性质 |  |
| 本人身份性质 |  |
| 工作单位意见 |
|  主要负责人签字： 办公电话： （盖章） 年 月 日 |
|
|
|
|
|
|
| 工作单位县级及以上机构编制部门意见 |
|   主要负责人签字： 办公电话： （盖章）  年 月 日  |
|
|
|
|
|
|
| 工作单位县级及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： 办公电话： （盖章）  年 月 日   |
| 申请人承诺和签字 | 以上填报内容完全真实，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 |

附件3