附件5

城市卫生技术人员免锻炼登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校 |  | | |
| 从事专业 |  | 专业技术职务 |  | 聘任时间 |  |
| 免锻炼  原 因 |  | | | | |
| 所 在  单 位  审 查  意 见 | 单位：（公章）  负责人： 年 月 日 | | | | |
| 主 管  部 门  意 见 | 单位：（公章）  负责人： 年 月 日 | | | | |

**四川省卫生和计划生育委员会卫生职称改革工作办公室制**

登记表填写说明

1.填写此表的对象为符合川卫办发〔2015〕104号文件所规定的免锻炼条件者。

2.所在单位必须填写免锻炼原因并附相关材料。弄虚作假者，三年内不得申报卫生高级专业技术职务任职资格。

3.“最高学历”：填写本专业最高学历。

4.“从事专业”应填写至二级学科。