

## 附件 3

## 卫生专业技术高级职称免试审核表

姓名		性别		身份证号	
工作单位				联系方式	
毕业院校		毕业时间		学历	
现有职称				获得时间	
报考级别			报考专业		
免试年度		免试理由	年 月-- 年 月(援疆、援藏、援外)		
单位意见			主管部门意见		
盖章 年 月 日			盖章 年 月 日		
卫生健康委意见			批准部门意见		
盖章 年 月 日			盖章 年 月 日		