附件5

**新冠肺炎疫情防控一线医务人员享受**

**职称优惠政策申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | | |  | | | 身份证号 | |  | | | |
| 工作单位 | | |  | | | | | | | | | | 联系方式 |  | | |
| 参评学历 | | |  | 毕业学校及专业 | | |  | | | | | | | | 毕业时间 |  |
| 现任职称 | | |  | 专业 | | |  | | | | 获得时间 | |  | | 聘任时间 |  |
| 申报职称 | | |  | 申报专业 | | | | |  | | | | | | | |
| 临时性工作补助发放情况 | | | | 一档□ 二档□ | | | | | 发放天数：（ ）天 | | | | | | | |
| 是否参加过援外省医疗队 | | | | | |  | | | 援助时间和省份 | | | |  | | | |
| 是否为定点医院隔离病房 | | | | | |  | | | 定点医院名称 | | | |  | | | |
| 是否获省部级表彰奖励 | | | | | |  | | | 表彰部门 | | | |  | | | |
| 抗疫工作岗位 | | 接诊□ 治疗□ 护理□ 检查□ 检测□ 转运□  流调□ 医学观察□ 标本采集□ 其他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗疫工作贡献 | | （何时何地做何工作，直接接触病例人数） | | | | | | | | | | | | | | |
| 享受政策选择 | | （在享受政策□内打√，可以多选）  □优先推荐申报，优先评审，优先聘任。  □免于一次业务考试；  □受省部级以上表彰奖励，不受年限限制直接申报； | | | | | | | | 援鄂医疗队及医疗救治定点医院隔离区中直接接触确诊病人、疑似病人的一线一档医务人员，还可享受：  □提前1年申报高级职称；  □护理人员突破医疗机构级别限制申报。 | | | | | | |
| 单位  意见 | | 单位负责人签名：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | 主管单  位意见 | | 经办人签名：  （公章）  年 月 日 | | | | |
| 省辖市意见 | | 经办人签名：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

注：此表填写1份，签字盖章后报高评会，同时扫描上传至职称申报系统——补充资料一栏。