

## 2024年度卫生高级职称专业实践能力考核报名人员确认登记汇总表 (确认时间2024.4.27-4.29)

编号	姓名	报考类型	报考专业	报名表	身份证复印件	1. 毕业证复印件 2. 学位证书复印件	1. 学历证明复印件 2. 现专业技术资格证书复印件 3. 现专业技术岗位聘书复印件 (取证后首次在我院聘用的不需提供) 4. 执业证书、注册证书复印件	医师晋升副高提交《江苏省第二中医院医师对口支援情况证明》	手机号	请在2024年5月31-6月6日网上缴费, 逾期未缴费的视为放弃报名, 知晓后报名人员本人签字	报名人员 原件材料 审核人员 签字
填写说明		填写正高级/副高级	填写报考的专业名称	如提交此处打“√”		提交材料1, 则此处填“1√”; 提交材料2, 则此处填“2√”.....		如提交此处打“√”			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

科室:

科室主任/护士长、  
护理部主任意见:

所在支部书记意见:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_