

附件 1

委 托 评 审 函

重庆市职称改革办公室：

我单位委托重庆市___系列__专业___级职称评审委员会代为评审
等同志职称（名单附后），代为办理职称证书。

望予支持。

委托单位盖章：

委托单位联系人：

联系电话：

地址：

年 月 日

委托评审人员名单

序号	姓名	工作单位	申报职称	联系人、电话	备注

备注：

1. 委托函由驻渝单位具有职称评审权的上级主管部门出具。
2. 申报人及委托单位、工作单位人力资源部门须熟悉《重庆市专业技术资格申报工作规定》、《重庆市专业技术资格评审工作规定》，严格按照申报评审工作相关要求
进行申报。
3. 申报材料由委托单位或工作单位人力资源部门集中报送，评审工作结束后，工
作单位须做好文件收转、申报材料领取和职称证书办理等工作。
4. 本委托函一式2份，市职称改革办公室审核存档1份，委托单位或工作单位送
评委会1份。

附件 2

重庆市职称破格申报表

姓名		性别		出生日期	
最高学历		学位		何时何校 何专业毕业	
何时取得何 专业职称				破格申报 职称	
满足何条破 格条件	符合《×××××申报评审条件》（渝职改办〔××××〕×××号）第× 条第×款。				
符合破格条件的 佐证业绩成果					
所在单位 意见	(公章): 年 月 日		区县主管部 门或人事代 理机构意见	(公章): 年 月 日	
区县人力社 保(职改)部 门或市级主 管部门意见	盖章: 年 月 日				
市职改办 意见	盖章: 年 月 日				
说明	本表须提交一式 2 份, 并附相关破格材料 2 份。审批部门留存 1 份, 进入申报材料 1 份。				

附件 3

新冠肺炎疫情防控一线医务人员资格证明

按照国发明电〔2020〕10号文件精神，经

_____严格认定、公示，并经

_____严格审核，

_____同志认定为新冠肺炎疫情防控一线医务人员，特此证明。

具体情况如下：

姓名	身份证号	工作单位	现职称	现职称资格取得时间	拟申报上一级职称	一线工作天数	一线工作地点

认定单位盖章

审核部门盖章

年 月 日

备注：1.认定单位为医务人员所在单位，审核部门为区县卫生健康部门、人社部门、市卫生健康部门或陆军军医大学。

2.一线工作地点填写援鄂、本地。

附件 4

岗位审核情况说明

在 2020 年卫生专业技术高级职称申报中，严格按照有关规定审核岗位情况。其中，对享受不受岗位结构比例限制优惠政策的人员情况作如下说明：

基层全科医生共计申报_____人，其中_____人不受岗位结构比例限制进行申报。新冠肺炎疫情防控一线医务人员共计申报人，其中_____人不受岗位结构比例限制进行申报。.....具体名单如下：

姓名	身份证号	工作单位	申报职称	人员类别

呈报单位盖章

年 月 日

备注：人员类别填写基层全科医生、一线医务人员及其他不受岗位结构比例限制的情况。

附件 5

_____ (区县、部门、单位) _____年度职称证书领取、办理登记表

填报单位 (签章)

区县、主管部门 (签章)

填报人:

联系电话:

序号	证书编号	工作单位	主管 部门	姓名	性别	身份证号码	专业名称	资格名称	批准时间	批准文号
1										
2										
3										
4										
5										
6										
...										

填表说明: 1.领取各级职称证书均须填写此表。2.填报单位无自主管理权限的,须经主管部门签章后报送。3.此表须同时报送纸质件、excle 格式电子件。