附件2

山东省药品技术高级职称破格申报推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | |  | 出生日期 |  | 2寸免冠照片 |
| 工作单位 |  | | | | | | 行政职务 |  |
| 学历/  学位 |  | | | | | | 现从事专业 |  |
| 现职称及  取得时间 |  | | | | | | 申报级别 |  |
| 破格方式 |  | | | | | | 申报职称 |  | |
| 任现职以来专业技术方面的  主要业绩 |  | | | | | | | | |
| 明确符合的破格  推荐条件 |  | | | | | | | | |
| 推荐人1 | 姓名 |  | 身份  证号 | |  | | | 现职称及  取得时间 |  |
| 工作单位 | |  | | | | | 联系电话 |  |
| 推荐人2 | 姓名 |  | 身份  证号 | |  | | | 现职称及  取得时间 |  |
| 工作单位 | |  | | | | | 联系电话 |  |
| 推荐人  意见 | （参考意见：同意推荐\*\*\*同志破格申报\*\*\*职称。）  推荐人签字：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 单位意见 | 单位（公章）：  负责人： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 上级主管部门意见 | 单位（公章）：  负责人： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 呈报部门意见 | 单位（公章）：  负责人： 年 月 日 | | | | | | | | |

备注：业绩、推荐理由可根据内容增加篇幅。推荐表扫描件上传申报系统，原件1份随评审表一同报送。