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。