

附件1：

达日县公立医院2023年招聘编外专业技术人员
工作年限加分审核表

姓名		性别		身份证号	
现所在医疗机构名称					
加分项	加分条件	现医疗机构入职时间	工作年限	资格证书编号	
	工作年限加分	年 月 日	年 月		
现所在医疗机构审核意见		_____同志自_____年____月____日起在我单位工作至今，在职期间表现良好，持有_____资格证书，特此证明。 医疗机构负责人签字：_____ 医疗机构公章：_____年____月____日			
达日县卫生健康局审核意见		经审核，以上证明属实，_____同志在_____机构工作满____年，同意在达日县公立医院2023年招聘编外专业技术人员笔试成绩中加__分。特此证明。 其他需要说明的： 卫健局负责人签字：_____ 卫健局公章：_____年____月____日			
达日县人力资源和社会保障局审核意见		经审核，以上证明属实，同意加分。 其他需要说明的： 人社局负责人签字：_____ 人社局公章：_____年____月____日			

备注：

1. 此表一式贰份，达日县人力资源和社保局留存一份，招考报名单位留存一份。

2. 各级审核过程中，考生须携带资格证原件。