

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	负责人: _____ 年 月 日 单位(公章):					
上级主管 部门意见	负责人: _____ 年 月 日 单位(公章):					
呈报部门 意见	负责人: _____ 年 月 日 单位(公章):					

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。