**一线医务人员专业技能提升补贴申领表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 身份证号码 |  | 联系手机 |  |
| 所在单位  工会 |  | 单位工会  联系电话 |  |
| 技能类别（医、药、护、技等） |  | 证书日期 |  |
| 证书编码 |  | 开户银行 |  |
| 账 号 |  | 户 名 |  |
| 申请人声明 | 本人承诺以上所有信息真实有效，且可以作为审查依据，若失实本人愿意承担法律责任。  本人签名（手写）： 年 月 日 | | |
| 所在单位  工会审核  意见 | 在汕头市成立工会，经核查 是我单位工会会员，为一线医务人员，取得技能证书真实有效。  单位工会盖章：  经办人： 联系手机： 年 月 日 | | |
| 特别说明 | 1. 申请表上的所有手写空白处都要填写完整，不能留空（包括职工手写签名、工会经办人姓名、联系手机等）。 2. 申领表必须盖职工所在单位工会公章。 | | |