附件4：

海南州医疗卫生事业单位临聘人员和医改期间同工同酬人员证明

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 相　片 |
| 毕业院校及所学专业 |  |
| 学 历 |  | 职称 |  |
| 联系电话 |  |
| 所在单位名称 |  |
| 所在单位审核意见 | 兹证明 同志系我单位临聘人员（医改期间的同工同酬人员），自\_\_\_\_\_\_\_年 　月 　 日至 年\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日在我单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_岗位从事\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_工作。我单位是公立医院（基层医疗卫生机构）。 经办人签字：　　　　　　单位负责人签字：  　　　　　　　　　　　　（单位盖章）　　　年 月 日 |
| 政府卫生计生主管部门审核意见 | 经我单位审核，以上情况属实。经办人签字：　　　　　　　　　　　（单位盖章）　　　年 月 日 |

注：此证明专用于报考海南州公立医院和基层医疗卫生机构公开招聘工作中，对各级医疗卫生事业单位临聘人员和医改期间的同工同酬人员按相关规定给予放宽年龄政策的依据。请各用人单位和政府卫生计生主管部门认真审查，严格把关，准确填写该证明或出具各地区招聘文件的复印件（加盖公章）。如审查不严或出具虚假证明材料引发后果，将严肃追究责任。