**南方医科大学调整和办理就医体系人员申办表(博士后)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 贴照片处（红底大一寸） |
| 职 称 |  | 学 历  |  | 学 位 |  |
| 工作岗位 |  | 联系电话 |  |
| 原工作单位 |  |
| 现工作单位 |  |
| 所在二级单位（部门）意见   负责人签名： 单位公章 年 月 日 |
| 博管办意见：起止时间： 年 月 日至 年 月 日经办人签名： 单位公章年 月 日 | 人事处意见：经办人签名： 单位公章年 月 日 |
| 原医疗体系终结意见  经办人签名： 单位公章 年 月 日 |
| 医院管理处意见 经办人签名： 单位公章 年 月 日 |

 **备注：** 1、此表适用于：人事工资关系转入本校的博士后（未建立医保关系者） 。

2、办医疗证时须出示工作证（或相关证明）、大一寸红底彩色免冠照片3张(填表2张、办证1张)、大一寸电子版红底彩色免冠照片1张。

 3、首次参加工作人员无需填写“原工作单位”及“原医疗体系终结意见” 。

 4、本表一式二份，医院管理处和包干医院预防保健科各一份。

5、本表解释权归医院管理处，咨询电话：648463/648478（行政楼619何老师、622高老师）