

TÊN ĐƠN VỊ

*

....., ngày tháng năm

PHIẾU LẤY Ý KIẾN

Về việc bổ nhiệm lại chức vụ...

(Phiếu dành cho cán bộ chủ chốt đơn vị)

Căn cứ nhu cầu công tác; tiêu chuẩn, điều kiện các chức danh quy định tại Quyết định số/QĐ-BYT ngày.../.../2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế, đề nghị đồng chí cho ý kiến giới thiệu về việc bổ nhiệm lại chức vụ ...đối với đồng chí có tên dưới đây:

TT	Họ và tên	Ngày tháng năm sinh	Chức vụ, đơn vị công tác hiện nay	Đồng ý	Không đồng ý
01	Nguyễn Văn A	10/6/1975	...		

** Nếu đồng chí đồng ý hoặc không đồng ý thì đánh dấu X vào ô tương ứng.*

(Ký tên hoặc không phải ký tên)