

附件 1

滨州医学院附属医院返聘人员聘期考核登记表

姓 名		性别		出生 年月		职称	
返聘科室							
返聘期限	年 月 日—2018年12月31日						
工作业绩	本年度，专家门诊__次，业务查房__次，做手术__次，院内会诊__次，教学、科研工作量可附页。 签 名:						
返聘科室 意见	签 名: 年 月 日						
业务主管 部门意见	(盖 章) 年 月 日						
分管领导 意见	签 名: 年 月 日						
医院意见	(盖 章) 年 月 日						