

附件 2

滨州医学院附属医院 高级职称专业技术退休人员返聘申请表

姓 名		返聘科室	
移动电话		返聘期限	2019年1月1日-2019年12月31日
申请理由	本人签字： 年 月 日		
科室意见	负责人签字： 年 月 日		
主管部门意见	负责人签字： 年 月 日		
分管领导意见	签字： 年 月 日		
医院意见	(盖章) 年 月 日		