

# 滨州医学院附属医院改职称系列审批表

姓名		性别		出生年月		职称	
现工作科室				现职称系列			
拟申请工作科室				申请改职称系列			
申请理由	申请人签字： 年 月 日						
现工作科室	部门/科室意见：  签字： 年 月 日	主管部门意见：  签字： 年 月 日	分管院领导意见：  签字： 年 月 日				
申请工作科室 (岗位)	部门/科室意见：  签字： 年 月 日	主管部门意见：  签字： 年 月 日	分管院领导意见：  签字： 年 月 日				
住培办意见	签字： 年 月 日	分管院领导意见	签字： 年 月 日				
医院意见	签字： 年 月 日						
备注	1. 实行谁审核、谁签字，谁签字、谁负责的责任制； 2. 意见栏请注明是否同意，此表交由人力资源部保存。						