

# 滨州医学院附属医院岗位调动申请审批表

姓名		性别		出生年月		职务 (职称)	
现工作部门/科室					目前岗位		
申请调入部门/科室					申请岗位		
申请理由	申请人签字： 年 月 日						
调出	部门/科室意见：	主管部门意见：		分管院领导意见：			
	签字：  年 月 日	签字：  年 月 日		签字：  年 月 日			
调入	部门/科室意见：	主管部门意见：		分管院领导意见：			
	签字：  年 月 日	签字：  年 月 日		签字：  年 月 日			
人力资源部意见：				分管院领导意见：			
签字：  年 月 日				签字：  年 月 日			
主要院领导意见：							
签字：  年 月 日							
备注							