|  |  |
| --- | --- |
| **石阡县中医医院及医共体分院招聘职位加分申请表** |   |
| （村根联） 序号： |   |
| 姓名 |   | 性别 |   | 注册单位 |   |   |
| 身份证号 码 |   | 联系电话 |   |   |
| 加分项目 |   |   |
| 加分审核意见 | 经审核，符合项目加分条件，同意加分。审核人： 年 月 日 |   |

|  |
| --- |
| **石阡县中医医院及医共体分院招聘职位加分申请表** |
| （村根联） 序号： |
| 姓名 |   | 性别 |   | 注册单位 |   |
| 身份证号 码 |   | 联系电话 |   |
| 加分项目 |   |
| 加分审核意见 | 经审核，符合项目加分条件，同意加分。审核人： 年 月 日 |