川北医学院附属医院

返聘退休卫生专业技术人员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请科室 |  | | | 申请时间 | |  | |
| 是否尽职履责 |  | | | | | | |
| 申请科室意见及主任签名 |  | | | | | | |
| 同意及理由 |  | | | | | | |
| 返聘人姓名 |  | 性 别 | |  | 出生年月 | |  |
| 职 称 |  | 健康状况 | |  | 联系电话 | |  |
| 返聘时间 （起止日期） | 年 月 日起至 年 月 日止 | | | | | | |
| 返聘岗位 工作性质 | 全职岗位 | | □ | | | | |
| 专职岗位 | | 1.□门诊工作2. □住院工作3. □教学工作4. □科研工作 5. □其他 | | | | |
| 返聘期间  在岗工作时间 |  | | | | | | |
| 返聘人  意见 | 年 月 日 | | | | | | |
| 法务部  意见 | 年 月 日 | | | | | | |
| 医务部 意 见 | 年 月 日 | | | | | | |
| 院领导审批 意 见 | 年 月 日 | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | |