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 |  |