附件5：

|  |
| --- |
| **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 |