**附件5:**

|  |  |
| --- | --- |
| **石阡县县人民医院及医共体分院招聘职位****加分申请表** |  |
| （存根联）  序号： |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 报考职位 |  |  |
| 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 |  |
| **石阡县县人民医院及医共体分院招聘职位****加分申请表** |
| （考生联）  序号： |
| 姓名 |  | 性别 |  | 报考职位 |  |
| 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 |