

附件 4

滨州医学院附属医院返聘人员聘期考核登记表

姓 名		性别		出生 年月		职称	
返聘科室							
返聘期限	2017 年 01 月 01 日— 2017 年 12 月 31 日						
工作业绩	本年度，专家门诊___次，业务查房___次，做手术___次，院内会诊___次，教学、科研工作量可附页。 签 名：						
返聘科室 意见	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 签 名： 年 月 日						
业务主管 部门意见	(盖 章) 年 月 日						
分管领导 意见	签 名： 年 月 日						
医院意见	(盖 章) 年 月 日						