

附件2:

达日县公立医院2023年招聘编外专业技术人员 签订就业意向协议加分审核表

姓名		性别		身份证号	
现所在医疗机构名称					
加分项	加分条件	是否签订就业意向协议书		是否试岗合格	
	签订就业意向协议书			/	
	试岗合格				
现所在医疗机构审核意见		<p>_____同志于____年__月__日与我单位签订就业意向协议书。于____年__月__日在我单位试岗合格。特此证明。</p> <p>医疗机构负责人签字: _____ 医疗机构公章: _____ _____年__月__日</p>			
达日县卫生健康局审核意见		<p>经审核, _____机构证明属实, 同意在达日县公立医院2023年招聘编外专业技术人员笔试成绩中加__分。特此证明。</p> <p>其他需要说明的:</p> <p>卫健局负责人签字: _____ 卫健局公章: _____ _____年__月__日</p>			

备注: 此表一式贰份, 达日县卫生健康局留存一份, 招考报名单位留存一份。