附件2

返聘市属医院退休医务人员需求表

区名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 返聘单位 | 详细地址 | 专业需求 | 岗位描述（工作内容） | 待遇保障 | 联系人 | 手机 | 其他说明 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：请尽量详细填报各项信息

 填表人： 联系电话：