|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **济宁医学院科研助理岗位需求申请表** | | | | |
| 学科（平台、团队、项目）名称 |  | | | |
| 负责人 |  | | 联系电话 |  |
| 岗位人数 |  | | 服务期限 | 年 月至 年 月 |
| 经费来源 （项目名称和编号） |  | | | |
| 岗位申请理由 |  | | | |
| 岗位要求 |  | | | |
| 学科（平台、团队、项目）负责人意见：    签字： | | | 学科（平台、团队、项目）所在单位意见：    负责人签字：     （单位公章） | |
| 科研处意见：    负责人签字：    （公章） | | 人事处意见：    负责人签字：    （公章） | | 财务处意见：    负责人签字：    （公章） |