|  |
| --- |
| **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） |