|  |
| --- |
| 济宁医学院科研助理岗位需求申请汇总表 |
| 所在单位（公章）： |  |  |  |  |  |
| 序号 | 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 | 经费来源（项目名称和编号） |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 经办人签字： 负责人签字： |  |  |  |