附件

2025年东营市中医院（东营市传染病医院、东营市精神卫生中心）改报岗位申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 身份证号 | 原应聘单位 | 原应聘岗位名称 | 申请改报单位 | 申请改报  岗位名称 | 本人手机号 |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：保持所登记联系电话畅通，因本人原因而影响改报事项办理的，责任自负。