|  |
| --- |
| 附件3 |
| 2024年潍坊市第二人民医院校园招聘人员报销申请单 |
| 姓名 |  | 报考岗位 |  |
| 籍贯 |  | 毕业院校 |  |
| 银行卡号 |  |
| 开户行网点名称 |  |
|  本人签字： |
| 年 月 日 |