

青阳县人民医院劳务派遣人员笔试成绩复查申请表

姓 名		准考证号	
身份证号			
报考单位		原始成绩	
报考岗位		联系电话	
复查原因			
复查结果（分数）			
人事考试部门工作人员签字：			
纪检部门工作人员签字：			
考生签字：			

年 月 日