附件

第二届派驻省级医疗卫生单位财务总监助理报名表

序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | | 出生 年月 | |  | | 照片 |
| 身份证号码 |  | | 户籍所在地 | | |  | | | |
| 政治面貌 |  | 毕业院校及专业 | | | |  | | | |
| 毕业时间 |  | 学历 | |  | | 学位 | |  | |
| 现工作单位 及职务 |  | | | | | | | | | |
| 专业技术职务 |  | | | | 取得时间 | | |  | | |
| 联系电话 |  | | | | 近3年考核结果 | | |  | | |
| 移动电话 |  | | | | 电子邮箱 | | |  | | |
| 联系地址 |  | | | | | | | 邮政编码 | |  |
| 外语水平 |  | 计算机水平 | | |  | | 执业资格 | |  | |
| 学习经历  (从高中起) |  | | | | | | | | | |
| 工作经历  （按从事的具体工作岗位填写) |  | | | | | | | | | |
| 工作单位  审查意见 | 审查人： 单位盖章： | | | | | | | | | |

注：应聘者应对自己所填报资料的真实性负责，凡弄虚作假者，取消聘用资格。（翻面）

家庭主要成员（直系亲属）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 关 系 | 姓 名 | 年龄 | 工作单位（学校） | 职业 | 政治面貌 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |