附件

陇川县医疗保障局关于公开招聘财务人员

报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 民 族 |  | |  |
| 曾用名 | |  | 出生年月 |  | 籍 贯 |  | |
| 政治面貌 | |  | 健康状况 |  | 户口所在地 |  | |
| 身份证号码 | |  | | 熟悉专业  有何专长 |  | | |
| 学 历  学 位 | | 全日制  教 育 |  | | 毕业院校  系及专业 |  | | |
| 在 职  教 育 |  | | 毕业院校  系及专业 |  | | |
| 拟应聘岗位 | | |  | | | | | |
| 现住址 | | |  | | 联系电话 | |  | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | |
| 擅长领域 |  | | | | | | | |
| 家  庭  主  要  成  员  及  重  要  社  会  关  系 | 称 谓 | | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位 | | |
|  | |  |  |  |  | | |
|  | |  |  |  |  | | |
|  | |  |  |  |  | | |
|  | |  |  |  |  | | |
|  | |  |  |  |  | | |
|  | |  |  |  |  | | |
| 填表声明 | 以上情况由本人亲自填写并核对签字确认，如有虚假，本人愿承担一切责任。  本人签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 资格审查情况 | 年 月 日 | | | | | | | |