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  |