**附件：**

**2022年白城医学高等专科学校附属医院**

**公开招聘资金结算中心工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生 年月 |  | 照片 |
|
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | | 政治 面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | | 毕业 时间 |  |
| 毕业院校 |  | | 专业 | |  | |
| 现工作单位及职务 |  | | | | 参加工作时间 | |  |
| 身份证 号码 |  | | 专业技术职务或职(执)业资格 | | |  | |
|
| 英语程度 |  | 其它外语 | |  | | 计算机 水平 |  |
| 邮政编码 |  | 固定电话 | |  | | 手 机 |  |
| 电子信箱 |  | | 通讯地址 | |  | | |
| 报考单位 |  | | 报考岗位 | |  | | |
| 学习工作简历（从第一学历开始） |  | | | | | | |
| 符合其它岗位条件要求情况 |  | | | | | | |
| 主要家庭成员姓名单位职务 |  | | | | | | |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  报名人（签名）： 年 月 日 | | | | | | |
| 资格审查 意 见 | 审查人（签名）： 年 月 日 | | | | | | |
|
| 注：除审核意见由负责资格审查的工作人员填写外，其它项目均由报考者填写。填写时使用正楷或打字。 | | | | | | | |