附件

**甘肃省卫生计生委直属公立医院**

**公开招聘总会计师报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月 | xxxx.xx | | 民族 |  | 照 片 |
| 籍贯 | |  | 家庭住址 |  | | | | 联系电话 |  |
| 政治  面貌 | |  | 工作单位 |  | | | | 现任职务 |  |
| 任现职时间 | | | xxxx.xx | | | 技术职称 | | |  | |
| 学历 | 全日制学历及学位 | |  | | | 毕业时间  院校及专业 | | | xxxx.xx毕业于 xx大学xx专业 | |
| 在职学历及学位 | |  | | | 毕业时间  院校及专业 | | |  | |
| 起止时间 | | | 学习工作经历（自大学填起，时间应连续无中断） | | | | | | | 证明人 |
| xxxx.xx-xxxx.xx | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
| 考生签名 | 本人承诺报名表中各项信息准确无误，无弄虚作假情形。  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 所在单位意见 | 盖 章  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 资格审查意见 | 省卫生计生委人事处  签 字  年 月 日 | | | | | | 省卫生计生委财务处  签 字  年 月 日 | | | |

1. 此表正反面打印,一式三份，资格审核时上交。

2、考生须对提交资料的真实性负责，如有弄虚作假，取消招聘资格。