医疗卫生机构财务集中管理工作人员

竞聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |    | 性别 |    | 出生年月 |    |   |
| 民  族 |    | 籍贯 |    | 出 生 地 |   |
| 入  党时  间 |   | 参加工作时间 |   | 健康状况 |   |
| 专业技术职称 |   | 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 |   |
| 现工作岗位及职务 |   |
|  何时何地受过何种奖励  |   |
|  何时何地受过何种处分  |   |
| 简    历 |    |
| 所在单位审核意见： |  （公章） 审核人：日  期：     | 区卫健委人事部门资格审查意见： |    审核人：日期： |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |