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： | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |