|  |
| --- |
| **附件2****三亚市公开选聘市属公立医院总会计师报名登记表** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 贴照片处(一寸彩色同底照片) |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 政治面貌 |  | 职 称 |  | 手机号码 |  |
| 身份证 号 码 |  | 电子邮箱 |  |
| 学 历 学 位 | 全日制 教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在 职 教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 现工作 单 位 |  | 职务 （职级） |  |
| 个人简历 |  |
| 家 庭主 要成 员 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 报考人承 诺 | 本人符合报名条件的要求,所提供的各种相关资料和上述填写内容真实有效。如有不实，本人愿自动放弃本次选聘资格，并承担由此引发的一切后果。 报名人签名（手工）： 2020年 月 日  |
| 资格审查意见 | 审查人签名：　　　　　　　负责人签名：　　　　　 （盖 章） 2020年 月 日 |

说明：此表一式两份，所有项目要求如实填写，字迹清楚；因填表不实或联系电话无法联系到本人而造成的一切后果，由填表人承担。