附件2:

北碚区基层医疗卫生机构会计核算管理中心

考核招聘非编人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 照片 |
| 民 族 |  | 出生年月 | |  | |
| 政治面貌 |  | 联系电话 | |  | |
| 户籍所在地 |  | | 身份证  号码 | |  | |
| 毕业院校、  时间及专业 |  | | 学历  学位 | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 婚姻状况 |  | | | | | |
| 家庭状况 | 主要家庭成员及关系： | | | | | |
| 个人简历 |  | | | | | |
| 报考岗位 | 报考岗位：财务管理  是否服从调配：🞎 是 🞎 否  本人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 审核意见 | 审核人签字：  年 月 日 | | | | | |