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 |