2019年度六安市第二人民医院总会计师公开招聘人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 现职称 |  | 取得时间 |  | 所学专业 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 身份证号 |  |
| 现在住址 |  | 联系号码 |  |
| 受教育及培训情况（高中起点） | 起止时间 | 学校 | 专业 | 学制 |
| 年 月至 年 月 |  |  |  |
| 年 月至 年 月 |  |  |  |
| 年 月至 年 月 |  |  |  |
| 年 月至 年 月 |  |  |  |
| 年 月至 年 月 |  |  |  |
| 工作经历（培训经历） | 起止时间 | 单位名称 | 从事岗位及年限 | 证明人 |
|  年 月至 年 月 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 |  |  |  |
|  年 月至 年 月 |  |  |  |
| 证书取得及获奖情况 |  |
| 备注 |  |

注：以上填写信息真实有效。 报名人：