附件： 滨州市人民医院高层次财务人员招聘信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 彩色照片 |
| 政治面貌 | | |  | 婚 否 |  | 籍 贯 |  | | |
| 身份证号 | | |  | | | 家庭住址 |  | | |
| 移动电话 | | |  | | | E-mail |  | | |
| 应聘岗位 | | |  | | | 英语水平 |  | | | |
| 最高学历 | | |  | 毕业时间 | |  | | | | |
| 毕业学校 | |  | | | | |
| 专业名称 | |  | | | | |
| 研究方向 | |  | | | | |
| 专业技术职务及取得时间 | | | | | |  | | | | |
| 学习  工作  经历（自高中起） | |  | | | | | | | | | |
|
|
|
| 家庭成员及主要社会关系 | |  | | | | | | | | | |
| 主要  业绩 | |  | | | | | | | | | |
|
|
| 我已经仔细阅读滨州市人民医院招聘相关信息，理解其内容，并郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等真实、准确。对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相关责任。  应聘人员签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |