## 附件：

## 右江民族医学院公开选聘直属附属医院总会计师报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **籍贯** |  | 照 片（小二寸免冠彩照） |
| **政治面貌** |  | **民族** |  | **健康****状况** |  |
| **出生年月** |  | **参加工****作时间** |  |
| **现工作单位****及职务** |  |
| **联系电话** |  | **电子信箱** |  |
| **身份证号** |  |
| **学历** | **全日制** |  | **毕业院校系及专业** |  |
| **在职** |  |  |
| **学位** | **全日制** |  | **毕业院校系及专业** |  |
| **在职** |  |
| **专业技术职务及评聘时间** |  | **现从事专业及****研究方向** |  |
| **应聘岗位** |  |
| **个人学习、****工作简历** |  |
| **所获****荣誉称号** |  |
| **国内外****学术兼职** |  |

|  |
| --- |
| **家庭主要成员情况** |
| **称谓** | **姓 名** | **出生年月** | **学历学位** | **现工作单位及职务（职称）** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **应聘岗位工作设想** |
|  |