附件1

绍兴卫生健康信息管理中心公开选调事业单位工作人员计划表（1人）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **岗 位** | **招聘计划** | **学历（学位）** | **专业** | **其他条件和要求** | **备注** |
| 财务管理 | **1** | 全日制大学本科及以上，学士及以上 | 本科：会计、会计学、财务会计与审计、审计学、财务管理、财政学  研究生：审计、审计学、会计、会计学、财务管理、财政学 | 从事本岗位工作3年及以上，熟悉大型资金管理、熟练预决算编制，公文写作能力较强 |  |

附件2

公开选调工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | 照片 |
| 民族 | |  | | 籍贯 | |  | | 政治面貌 | |  |
| 参加工作时间 | |  | | 婚姻 状况 | |  | | 健康状况 | |  |
| 学历  学位 | | 全日制  教育 | | 学历 | |  | | 毕业院校、  系及专业 | |  | |
| 学位 | |  | |
| 在职  教育 | | 学历 | |  | | 毕业院校、  系及专业 | |  | |
| 学位 | |  | |
| 现工作单位及职务（职称） | | | |  | | | | | | | | |
| 身份证号码 | | | |  | | | | 手机号码 | |  | |
| 通讯地址 | | | |  | | | | | | | | |
| 工 作 简  历 |  | | | | | | | | | | | |
| 奖  惩  情  况 |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 近1年年度考核情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 与本人  关系 | | 姓名 | | 性别 | | 出生  年月 | 政治  面貌 | 工作单位及职务  （职级/职称） | | |
|  | |  | |  | |  |  |  | | |
|  | |  | |  | |  |  |  | | |
|  | |  | |  | |  |  |  | | |
|  | |  | |  | |  |  |  | | |
|  | |  | |  | |  |  |  | | |
|  | |  | |  | |  |  |  | | |
|  | |  | |  | |  |  |  | | |
| 所在单位意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 本人 承诺 | 本人已详细阅读了选调公告，确信符合选调条件及职位要求。本人保证所填写信息准确无误，提交的材料真实有效。如因个人原因填报失实或不符合选调条件和职位要求而被取消选调资格的，由本人负责。  签名：  2024年 月 日 | | | | | | | | | | | |

注：本表双面打印。