**莆田学院附属医院**

**医院服务管理监督员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 文化程度 | |  | 照  片  粘  贴  处 |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  | | | |
| 政治面貌 |  | 联系电话 |  | | | |
| 亲属姓名 |  | 亲属年龄 |  | 家庭关系 | |  |
| 工作单位 |  | | | | | | |
| 工  作  简  历 | 起止时间 | | | | 单位及职务 | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
| 被其他单位聘任监督员情况 | 聘期 | | | | 受聘单位 | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | 本人自愿报名应聘莆田附属医院医院服务管理监督员。如被录用，将按照莆田学院附属医院相关规定做好各项工作。  本人签名：  年 月 日 | | | | | | |

医务社工部