附加1：**锦州医科大学附属第一医院物价收费复核员招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 退休时间 | 年 月 日 | 职称 |  | 聘任时间 |  |
| 退休前五年所在科室 |  | 联系电话 |  | | |
| 计算机水平 |  | 是否曾在住院患者出院前医疗费用复核室工作 | **写明：工作时间及主要工作内容** | | |
| 退休前5年内 工 作 经历 （注明所在科室、从事具体工作及职称） | 例：**\*\*年\*\*月-\*\*年\*\*月，\*\*科办公室/处置室，从事\*\*工作，主管护师；** | | | | |
|
|
|
|
|
|
| 自愿保证：本人保证所填写内容真实，如发现弄虚作假等行为，自愿受解聘处分。 | | | | | |
|  |  | 承诺人签名： 日期： |  |  |  |