附件1

2021年福建省医疗保障局直属事业单位公开招聘工作人员笔试加分申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  | |
| 准考证号 |  | | | 岗位名称和代码 |  | |
| 联系电话 |  | | | 电子信箱 |  | |
| 住址 |  | | | | | |
| 加分项目及文件依据 | | | | | | |
| 加分项目 | | 分值 | | 文件依据 | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
| 是否享受过优惠政策被录（聘）为公务员或事业单位工作人员 | | | | | |  |
| 本人根据实际情况提出加分申请，所填写的信息和所提供的证明材料真实准确。本人愿意对所提供材料的真实性负责，如有不实，取消面试、录用资格并承担相关责任。    申请人（签字）：  年    月    日 | | | | | | |
| 招考单位  审核意见 |  | | | | | |

备注：申请人签字必须由本人手签，未签字者本表无效。