附件2

**财政部高层次财会人才素质提升工程岗位能力培训报名表**

**（****2025年度厦门市行政事业单位财务负责人岗位能力培训班）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** | |  | **出生年月** | | |  | **正面免冠**  **彩色照片**  **（2寸）** |
| **身份证号** |  | | | | | | | |
| **工作单位** |  | | | | | | | |
| **工作单位**  **类型** | 选择打√，只能选一种：  市级机关（ ）  部属医院/学校（ ） 省市属医院/学校（ ）  其他事业单位（ ）（备注： ） | | | | | | | |
| **现任职务** |  | | | | | **专业技术资格** | | |  |
| **最高**  **学历** |  | | **毕业院校**  **及专业** | | | |  | | |
| **联系电话(座机)** |  | | | | | | **手机号码** | |  |
| **通讯地址** |  | | | | | | | | |
| **所在单位**  **推荐意见** | **单位盖章 日期：** | | | | | | | | |
| **市总会计师协会初审意见** | **单位盖章 日期：** | | | | | | | | |
| **市财政局**  **审核意见** | **单位盖章 日期：** | | | | | | | | |