平塘县人民医院医共体公开自主招聘人员报名登记表

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | | 照片 |
| 身份证号 |  | | 出生日期 | |  | |
| 政治面貌 |  | | 是否应届高校毕业生 | |  | |
| 学历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  | |
| 所学专业具体名称 | |  | | 毕业院校 |  | |
| 工作单位 |  | | 工作年限 |  | 参加工作时间 | |  |
| 专业职称（职务） | |  | | 报考单位及岗位 | |  | |
| 职业（从业）资格证 | |  | | | 电子邮箱 | |  |
| 是否满足该职位要求的其它报考条件 | | | |  | | | |
| 联系电话 | |  | | 家庭地址 |  | | |
| 户籍所在地 | |  | | | | | |
| 其它需要说明事项 | |  | | | | | |
| 学习及工作经历（从高中起填） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 报考信息确认栏 | | 诚信承诺  本人符合报名条件的要求，在报名表中填写的个人信息均准确、真实。资格审查时，本人提供的身份证等原件均符合规定且真实有效。若有虚假、遗漏、错误而造成的一切后果，责任自负。  本人签名： 年 月 日 | | | | | |
| 招考  单位  审查  意见 | | 审查人签字：  年 月 日（盖章） | | | | | |