附件1

娄星区人民医院2024年公开招聘卫生专业技术人员

报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生  年月 |  | | | | 相  片 |
| 政治  面貌 |  | 籍贯 |  | 出生地 |  | 婚姻状况 | |  |
| 参加工作  时间 |  | 现工作单位 |  | | | | | |
| 第一学历 学位 |  | 第一学历毕业院校 |  | | 所 学  专 业 |  | | | |
| 最高学历学位 |  | 最高学历毕业院校 |  | | 所 学  专 业 |  | | | |
| 专业技术职务(职称) |  | | 职业资格证 | |  | | | | |
| 身份证号 |  | | | | 联系电话 | |  | | |
| 所报科室 |  | | | | 所报岗位 | |  | | |
| 通信地址 |  | | | | 家庭住址 | |  | | |
| 简  历 | （按学习起始时间、毕业学校、所学专业，工作起始时间、工作单位、岗位顺序填写） | | | | | | | | |
| 本人  承诺 | 以上填报内容完全真实，如有虚报，本人愿意承担由此产生的一切后果及责任。  签名： 年 月 日 | | | | | | | | |

说明：报名人员必须用正楷字准确清晰填写此表。