附件：

华池县特岗全科医生公开招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名  （曾用名） | |  | 性别 |  | 出 生  日 期 |  | 照片 |
| 民 族 | |  | 籍贯 |  | 户 籍  所在地 |  |
| 政治面貌 | |  | 参加工作时间 |  | 健 康  状 况 |  |
| 学历学位 | 全日制  教 育 |  | 毕 业  时 间 |  | 毕业院校及专业 |  | |
| 在职  教育 |  | 毕 业  时 间 |  | 毕业院校及专业 |  | |
|  | 毕 业  时 间 |  | 毕业院校及专业 |  | |
| 专业技术职务  （工勤技能等级） | |  | | 取 得  时 间 |  | 计算机  等 级 |  |
| 职（执）业资格 | |  | | 取 得  时 间 |  | 外语等级 |  |
| 现工作单位岗位  及职务（职称） | |  | | | | 身份证号 |  |
| 详细通讯地址 | |  | | | | 联系电话 |  |
| 学习  工作  简历 | |  | | | | | |
| 奖励情况 | |  | | | | | |
| 惩处情况 | |  | | | | | |

注：“惩处情况”请说明有无违法违纪记录

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家  庭  成  员  及  主  要  社  会  关  系 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作学习单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 注：主要包括配偶、子女、父母及其他重要社会关系  （与报考单位领导或工作人员有亲属关系的必须如实反映） | | | | |
| 审核意见 | 审核人： 年 月 日 | | | | |
| 应聘人员诚信承诺书  我已阅读2020年华池县全科医生公开招聘相关信息，理解其内容，符合应聘岗位条件要求。我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明材料、证件等真实、有效，并自觉遵守事业单位公开招聘的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行应聘人员的义务。对因提供有关信息证件材料不真实或违反招聘纪律规定所造成的后果，均由本人自愿承担相关责任。  应聘人员签名： 年 月 日 | | | | | |