

萍乡市妇幼保健院公开招聘编外聘用制人员报名登记表

应聘岗位：

填报时间：



人员 基本 信息	姓名		性别		出生年月		相片 (1寸彩色免冠近照)	
	籍贯		出生地		政治面貌			
	身体状况/ 身高		身份证 号码					
	户籍所 在地				婚育 情况			
	联系电话		家庭住址					电子 邮箱
学历 学位	全日制 教育		毕业院校 及专业				毕业 时间	
	在职 教育						毕业 时间	
工作 情况	专业技术资格				参加工作时间			
	现工作 单位		现工作岗位 (职务)			任职 时间		
学习工作简历 (自高中填起)								
家庭主要成员 及重要社会关系	称谓	姓名	年龄	政治 面貌	工作单位及职务			

本人承诺：以上表格所填内容和提供相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，弄虚作假的本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。

报考承诺人(签名)：

年 月 日

资格审查意见

审查人员签名：

复查人员签名：

年 月 日