张家界市中医医院公开招聘编外人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | | | |  | | 出生年月 | | |  | | 一寸彩照 |
| 民 族 |  | 籍 贯 | | | |  | | 政治面貌 | | |  | |
| 所学专业 |  | 全日制学历 | | | |  | | 毕业时间 | | |  | |
| 毕业学校 |  | 身 高 | | | |  | | 工作年限 | | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | 通讯地址 | |  | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | E-mail | |  | | | | |
| 婚姻状况 |  | | | | | 特长爱好 | |  | | | | |
| 职 称 |  | | | | | 应聘岗位 | |  | | | | |  |
| 执业证书  情况 | 证书编号 | |  | | | | | 取得时间 | | | | |  |
| 注册编号 | |  | | | | | 最后注册时间 | | | | |  |
| 学习经历（从高中毕业起） | 起止年月 | | | 院 校 名 称 | | | | | | 所学专业 | | 核查电话 | |
|  | | |  | | | | | |  | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |  | |
| 工  作  经  历 | 起止年月 | | | 工作单位(应届毕业生请填写实习单位) | | | | | | 岗 位 | | 核查电话 | |
|  | | |  | | | | | |  | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |  | |
| 家  庭  情  况 | 姓 名 | | | 关系 | 出生年月 | | 职 业 | | 现工作单位 | | | | |
|  | | |  |  | |  | |  | | | | |
|  | | |  |  | |  | |  | | | | |
|  | | |  |  | |  | |  | | | | |
|  | | |  |  | |  | |  | | | | |
| 工作业绩 |  | | | | | | | | | | | | |
| 承 诺 | 本人保证以上所填资料真实准确，如有违事实，承诺自动放弃考试和聘用资格。  应聘人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 资格审查  意见 | **经初步审查，应聘人员符合报考资格。**  审查人签名： 审查部门（章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 资格审查小组复审意见 | 复审小组签名：    招聘单位（章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |