附件3

**张家界市人民医院公开招聘人员报名表**

|  |
| --- |
|  应聘岗位名称： 报名序号： |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 相片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学历学位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 职称、执（职）业资格 |  | 取得时间 |  |
| 户 籍所在地 |  | 婚姻状况 |  | 档案保管单位 |  |
| 身份证号 |  | 有何特长 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 | 手机： | E-mail |  |
| 固定电话： |
| 简 历 |  |
| 与应聘岗位相关的实践经历或取得的成 绩 |  |
| 应聘人员承诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，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 | 经审查，符合应聘资格条件。审查人签名： 招聘单位主管部门（章）年 月 日 |
| 备注 |  |

说明：1.报名序号由招聘单位填写；2.如有其他学术成果或课题及需要说明的情况可另附。