附件3

2019年龙岩市永定区医疗卫生事业单位公开招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 政治面貌 |  | 一寸照片 |
| 出生年月 |  | | 籍贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 学 历 |  | | 学位 |  | 职 称 |  |
| 毕业院校 |  | | | 专 业 |  | |
| 家庭住址 |  | | | 联系电话 |  | |
| 报考单位 |  | | | | 报考岗位 |  | |
| 学习工作简历 |  | | | | | | |
| 家庭主要成员 | 与本人关系 | 姓名 | | 政治面貌 | 现工作单位及职务 | | |
|  |  | |  |  | | |
|  |  | |  |  | | |
|  |  | |  |  | | |
|  |  | |  |  | | |
| 诚信承诺 | 本人以上所填内容及提供的相关材料真实、准确，如提供信息不实或未按招聘方案确定的招考资格、条件进行报名的，愿接受取消录(聘)用资格。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 审查意见 | 审查机关（盖章）  年 月 日 | | | | | | |