永嘉县中医医院劳务派遣人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓    名 | 　 | 性 别 |  | 出生年月 | 　 | 照片 |
| 岗    位 | 　 | 职称 | 　 |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系地址 |  | 移动电话 |  |
| 普通全日制学历 | 毕业院校 | 　 | 专    业 |  |
| 学历学位 | 　 | 毕业时间 |  |
| 个人简历 |  |
| 获得过何种奖励 |  | 爱好与专长 |  |
| 本人承诺 | 上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，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  |
| 考核组意见 |  |
| 单位意见 |                            （盖章）                                年      月     日 |
| 备注 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |