2019年华阴市县及县以下医疗机构定向招聘医学类本科毕业生报名和资格审查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 民 族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  |  | 所学专业 |  |
| 身份证号码 |  |  | 联系方式 |  |
| 报考单位 |  |  | 报考岗位 |  |
| 家庭住址 |  |
| 受过何种奖励或处分 |  |
| 诚信承诺意见 | 本人完全明白本次招聘的报名条件，并证明本人符合本次招聘的报名条件；此表所填内容正确无误，所提供的证件材料真实有效，目前尚未就业，如有虚假，取消考试、聘用资格，由此产生的一切后果由本人承担。 承诺人： 年 月 日 |
| 市定向招聘办公室意见 | 审核意见：  年 月 日 |