**附件 1：**

**黔西南州精神病医院2019年面向社会公开招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | 出生年月 | |  | | 贴相片处 |
| 籍 贯 | |  | | 政治面貌 |  | 身 高 | |  | |
| 最高学历 | |  | | 婚 否 |  | 毕业时间 | |  | |
| 毕业学校 | |  | | | 专 业 |  | | | |
| 身份证号 | |  | | | 报考职位 |  | | | |
| 家庭地址 | |  | | | 联系方式 | |  | | |
| 个人简历 |  | | | | | | | | | |
| 临床经历及  实习培训经历 | 起止年月 | | 实习、工作、培训单位 | | | | | | 岗 位 | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
| 获奖  情况 |  | | | | | | | | | |
| 家庭  情况 | （请注明工作单位） | | | | | | | | | |
| **本人承诺：本人上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘方案的报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。经本人核对录入的报名信息准确无误。**  **考生本人签字： 代报人员签字： 年 月 日** | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

注：本表内容须如实填写，如发现弄虚作假，立即取消应聘资格。本表填写完整后请用A4纸打印。