附件1

广西壮族自治区卫生健康人才与技术服务中心（广西壮族自治区医学考试中心）2019年公开招聘人员报名登记表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 应聘岗位 |  | 民族 |  | 政治面貌及入党团时间及 |  | 照片 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 毕业时间、院校及专业（最高学历） | 全日制教育 |  | 学位 |  |
| 在职教育 |  | 学位 |  |
| 专业技术资格名称、授予单位及取得时间 |  |
| 现工作单位 |  | 身份证号 |  |
| 家庭详细住址 |  | 联系电话 |  |
| 学习经历 | 起止时间 | 院校名称 | 专业 | 研究方向 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 所在单位 | 从事的工作及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主要科研、论文成果及奖惩情况（材料中应有相应的复印件） |  |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 报名人承诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。报名人签名（签名须手写）： |
| 资格审查意见 | 审查人签名： |

备注：1、报名登记表用A4纸双面打印；2、不得涂改。