**2020年南召县疫情防控期间紧急补充医疗工作人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 现工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | 原单位是否同意报考（填是或否） |  |
| 简历（填写大学学习及工作经历） |  |
| 家庭主要成员 | 姓名 | 工作单位或住址 | 与本人关系 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。报名人（签名）：年 月 日 |
| 报考单位 |  | 职位代码 |  |
| 资格审查意见 | 审查人（签名）： |

报名序号：                                                   填表日期：    年    月    日