2020年第二批招聘惠安县妇幼保健院编外医务人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考  生  个  人  信  息 | 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | | |  | | 照 片  粘贴处 | |
| 籍贯 |  | | 民族 |  | 政治面貌 | | |  | |
| 学历 |  | | 毕业  院校 |  | | | 专业 |  | |
| 学位 |  | |
| 是否全日制学历 |  | | 是否  专升本 |  | 卫生专业任职资格（或执业资格） | | |  | | 获取时间 |  |
| 家庭  地址 |  | | | | | | | 固定电话 | |  | |
| 手机号码 | |  | |
| 个人  学习  工作  简历  （从初中  开始填  起） |  | | | | | | | | | | |
| 报考  岗位 | 岗位  代码 |  | | | | 岗位  名称 | |  | | | |
| 其他需说明  事项 | |  | | | | | | | | | | |
| 本人承诺：所填写及声明的个人信息和提交的证件真实有效，如有虚假信息和作假行为，一经查实，取消报名及聘用资格。  考生签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 资格审核  结果 | | 符合报考要求（ ）  不符合报考要求（ ）  审核人（签名）：  年 月 日 | | | | | 备用照片  粘贴处 | | | 备用照片  粘贴处 | | |