|  |
| --- |
| 阜新市第二人民医院（阜新市妇产医院）公开招聘报名登记表 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 近期白底      二寸照片 |
| 身份证号 |  | 出生年月 |  | 体温 |  |
| 户口所在地 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 所学专业 |  |
| 何年何月何校毕业 |  |
| 本人资格证件情况 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 报考职位 |  |
| 个人工作简历 |  |
| 报考人承诺书（以下内容由应聘者本人用黑色碳素笔抄写） |
|    本人承诺:本人符合报考岗位所要求的资格条件，并对所填报的信息和提供资料的真实性、有效性负责。如有提供虚假材料者，一经发现则随时取消报名资格，如已录用者则立即解聘，涉嫌触犯法律、法规者移交相关部门。 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                    报考人签字： |
|                                                                 年    月     日 |