|  |
| --- |
| **2020年揭阳市复退军人医院应聘登记表** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 电子照片 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 婚姻状况 |  | 家庭住址 |  |
| 身份证号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 移动电话 |  | 紧急联系人及电话 |  |
| 毕业学校 |  | 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 技能资格证书/职称 |  |
| 目前是否在职 |  | 现工作单位及职务 |  |
| 学习经历（从高中填起） | 在读时间 | 学校名称 | 专业 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 工作经历（由近到远） | 工作时间 | 单位名称 | 职务 | 薪资 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 家庭状况 | 关系 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **本人承诺：本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。提供的文凭证书如有虚假，本人愿承担由此产生的一切法律责任。**  **本人签名 2019年 月 日** |
| **附件：** |