2020年大宁县医疗集团招聘工作人员报名表

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 籍贯 |  |
| 学历 | 第一学历 |  | 毕业院校及毕业时间 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校及毕业时间 |  |
| 学位 |  | 所学专业 |  |
| 身份证号码 |  |
| 资格证编号 |  | 报考岗位 |  |
| 联系方式或备用联系方式 |  | 有无违法违纪 |  |
| 学习及工作简历 |  |
| 家庭主要成员以及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 现工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 能体现特长的主要工作业绩 |  |
| **本人承诺：上述填写的内容真实完整，如有不实，自愿承担取消招聘资格的责任。** **报考人（签名）** **年 月 日** |
| 医疗集团资格审查意见： 审核人（签名） 年 月 日 |

注:本表由报名人员填写，全部信息真实准确，正反面打印。