**附件：**

**厦门市儿童医院劳务派遣人员招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 |  | | 出生日期 | 年 月 日 | | | | 相片(黏贴电子版) |
| 政治面貌 |  | | | 籍贯 |  | | 现户口  所在地 |  | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | | 专业 |  | | | |
| 学历 |  | | | 学位 |  | | 毕业时间 | 年 月 | | | |
| 现工作单位  及 职 务 |  | | | | | | | 相关工作经验 | | | | 年 |
| 专业技术  职称 |  | | | | | | 执业资格等证书 |  | | | | |
| 计算机水平 |  | | 外语水平 | | |  | 身份证号 |  | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | | 应急电话 |  | | | | |
| 联系地址  、邮编 |  | | | | | | | 电子邮件 | |  | | |
| 个人学习、  工作简历  （从初中  写起） |  | | | | | | | | | | | |
| 报考信息 | 报考单位 | 厦门市儿童医院 | | | | | | | 报考岗位 | | 综合门诊部导诊及客服岗位 | |
| 应聘人员  承诺签名 | 本人确认自己符合报考岗位所需的资格条件，所提供的材料真实、有效，如经审查不符，承诺自动放弃考试和聘用资格。  应聘人（手写签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 资格  审查  备注栏 |  | | | | | | | | | | | |

注：1、应聘者应对自己所填报资料的真实性负责，凡有弄虚作假者，一经发现取消聘用资格；

2、邮件报名所需材料见招聘简章，电话联系方式如有变动请及时通知工作人员。