**市第三医院筹备委员会招聘工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 出生年月  （ 周岁） | 年 月 | | 二  寸  彩  照 | |
| 民 族 |  | | 籍 贯 | |  | | 出 生 地 |  | |
| 参加工  作时间 |  | | 政 治  面 貌 | |  | | 健康状况 |  | |
| 执业资格 |  | | | | 取得时间 | |  | | |
| 职 称 |  | | | | 晋升时间 | |  | | 联系电话 |  | |
| 第一学历 |  | | | 毕业院校及专业 | |  | | | 毕业时间 |  | |
| 最高学历 |  | | | 毕业院校及专业 | |  | | | 毕业时间 |  | |
| 原工作单位及职务 | |  | | | | | 申报岗位 |  | | 是否服从  调剂 |  |
| 学  习  经  历 |  | | | | | | | | | | |
| 工  作  经  历 |  | | | | | | | | | | |
| 本人  确认  签字 | 本人知晓并同意报考市人民医院分院（市第三医院），并承诺以上信息真实有效。  签 字：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 审  核  结  果 | （章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |