|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 专业 |  | 一寸彩色照片 |
| 学历 |  | 毕业时间 |   | 身高cm |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 |  | 执业证编号 |  |
| 毕业院校 |  | 电子邮箱 |  |
| 家庭住址 |  | 本人联系电话 |  |
| 家庭情况 | 称谓 | 姓 名 | 现在何处从事何种工作 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 学习经历 |   |
| 工作经历 |    |
| 诚信声明 | 本人承诺以上所填内容属实，并已达到报名条件（见公告），否则本次考试成绩无效，取消录取资格。 签名  年 月 日 |

**宣城市第四人民医院公开招聘人员报名表**