附件1：

贡嘎县中心医院公开招聘医务科专干人员报名表

 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 出生地 |  |  |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | 学 历学 位 |  |
| 毕业院校及专业 | 全日制教育 |  | 毕业学校及时间 |  |
| 在职教育 |  | 毕业学校及时间 |  |
| 身份证号码 |  | 联系方式 | 微 信 |  |
| 手 机 |  |
| 报考岗位 |  | 是否服从调剂 |  |
| 主要学习及工作简历 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，报考所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，随时取消考试或选用资格，所产生的一切后果由本人承担。报考人（签名）： 年 月 日 |
| 报名资格初审意见 | 签字：年 月 日 |