附件1

锦屏县医疗共同体县级医院2022年公开招聘备案制工作

人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | | 相片  （粘贴） | |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  | |
| 联系电话 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  | |
| 婚姻状况 |  | 专业技术职务 |  | 熟悉专业有何专长 |  | |
| 学历 | 全日制 | 学历 |  | 毕业院校系及专业 |  | | | |
| 学位 |  |  | | | |
| 在职教育 | 学历 |  | 毕业院校系及专业 |  | | | |
| 学位 |  |  | | | |
| 工作单位 |  | | 报考岗位及代码 | |  | | | |
| 简  历 |  | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生年月 | 政治面貌 | | 联系方式 | | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| **以上信息属实，如有虚假，后果自负！**  考生签字： | | | | | | | | |