英吉沙县人民医院招聘人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 民族 |  | | 出生年月 | |  | 照  片 |
| 政治面貌 |  | | 籍贯 |  | | | 生源地 | |  | | |
| 学历 |  | | 所学  专业 |  | | | | | 手机号码 |  | |
| 身份证号 |  | | | | | 报考岗位 | | |  | | |
| 家庭住址 | | |  | | | | | | | | |
| 个人  简历（学习、工作经历） |  | | | | | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭  成员  和主要社会关系 | 姓名 | 关系 | | | 出生年月 | | | 所在单位及职务 | | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | | |
| 本人承诺 | 本人证实上述所填写的各项资料内容的真实性，并无掩饰任何不利于申请此职位之资料。 承诺人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 资格审查意见 | 该同志是否符合招录岗位条件：符合□ 不符合□  英吉沙县人民医院人事领导小组（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

说明：“生源地”指高考前户口所在的省、自治区、直辖市。