报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 出生年月 | |  | | 照  片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 | |  | | 身 高 | |  | |
| 健康状况 |  | 家族病史 | |  | | 既往史 | |  | |
| 邮 箱 |  | 政治面貌 | |  | | 资格证书 | |  | | |
| 学 历 |  | 联系电话 | |  | | 家庭住址 | |  | | |
| 毕业院校及专业 |  | | | | | 是否规培 | |  | | |
| 灵石县医疗集团内的医疗机构现有在职人员（含临时工） | | | | | | | | 是 否 | | |
| 学习和  工作经历 |  | | | | | | | | | |
| 自我评价 |  | | | | | | | | | |
| 社保接纳情况 | 养老 | | 医疗 | | 失业 | | 工伤 | | 缴费单位 | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
| 承诺 | 本人承诺以上信息属实，提交的相关复印件真实有效，若拟聘用后发现存在隐瞒、错报、虚报等违纪行为或严重的健康问题，将取消聘用资格或解除聘用合同，一切不良后果自负。  承诺人：  2022年 月 日 | | | | | | | | | |