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 |