|  |
| --- |
| **2022年利津县医疗卫生工作人员招考报名表** |
| 姓 名 |  | 居民身份证号码 |  | （照片） |
| 出 生 地 |  | 民 族 |  | 健康状况 |  |
| 身 高 |  | 体 重 |  | 婚姻状况 |  |
| 政治面貌 |  | 入党时间 |  | 爱好特长 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  |
| 全日制 毕业院校 |  | 专 业 |  |
| 在职 毕业院校 |  | 专 业 |  |
| 报考岗位 |  | 是否取得岗位要求的上岗证书 |  |
| 联系电话固话及手机 |  | 电子邮箱 |  |
| 学习简历 |  |
| 工作简历 |  |
| 表彰奖励情况 |  |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 民族 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

诚信承诺：本人承诺所提供所有资料、证件均真实有效，如有不实，后果自负，并愿意承担法律责任。

 填表人签名： 年 月 日