宜都市妇幼保健院公开招聘工作人员报名登记表

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌  |  |
| 全日制学历 |  | 专业  |  | 毕业学校 |  |
| 最高学历 |  | 专业  |  | 毕业学校 |  |  |
| 报考岗位 |  | 执业资格证书 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 主 要 学 习 工 作简 历 |  |
| 报名人承诺 | 1.本人已仔细阅读《宜都市妇幼保健院医疗卫生专业技术人员招聘公告》等相关信息。2.本人提交和填写的信息资料真实、准确，经与所报岗位报考资格条件核实，确认本人符合该岗位的报考资格条件。3.如本人不符合该岗位报考资格条件进行了报名或在报名表中有漏填、误填，将无条件服从医院做出的考试成绩无效、不能进入录用程序及不予录用等决定， 由此而产生的一切后果由本人承担。报名人(签名)： 年 月 日 | 资格审核意见 | 用人单位审核（是否符合报考岗位所要求的条件）：□ 符合报考岗位资格条件□ 不符合报考岗位资格条件审核人（签名）：年 月 日 |