百色市2023年面向应届大学毕业生招聘医疗卫生急需紧缺专业技术人员报名登记表

**填报日期：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 身份证号 |  | | | 贴  相  片  处  （小二寸） |
| 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 政治  面貌 |  |
| 户口  所在地 |  | | |  | 健康状况 |  | |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 |  | 所学专业 | |  |
| 学历 |  | | | 学位 |  | 是否应届毕业生或择业期内未就业高校毕业生 | |  |
| 报考岗位 |  | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | 是否为机关、事业单位在编人员（在编年限\*年） |  | 移动电话 | |  |
| 通讯  地址 |  | | | | | 电子邮箱 | |  |
| 学习及工作经历 |  | | | | | | | |
| 诚  信  承  诺 | 本人承诺以上填写的内容均真实有效，如与实际情况不符，后果自负。  考生本人签名：  年 月 日 | | | | 资  格  审  查  意  见 | 审查人： 审查部门(盖章)  年 月 日 | | |

备注：考生须在相片处贴上本人近期蓝底1寸免冠彩照（底色不限）后方可扫描。