武宣镇卫生院2023年招聘报名表

应聘岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 出生年月 |  |  |
| 民族 |  | | 籍贯 | |  | 出生地 |  |
| 入党时间 |  | | 参加工作时间 | |  | 婚姻状况 |  |
| 职称 |  | | | | 职业资格证书 |  | | |
| 学历  学位 | 全日制  学历学位 | |  | | | 毕业院校系及专业 |  | |
| 在职  学历学位 | |  | | | 毕业院校系及专业 |  | |
| 工作单位及职务 | | |  | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | 通信地址及邮编 |  | | |
| 身份证  号码 |  | | | | 电子邮箱 |  | | |
| 学习及工作经历 |  | | | | | | | |
| 家庭主要成员及主要社会  关系 | 称谓 | 姓名 | | 出生年月 | | 政治  面貌 | 工作单位及职务 | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
| 声明：以上所填内容及本人提供的全部资料或复印件均真实准确，如经查实与事实不符，本人愿意无条件接受解聘处分，特此声明。  签名： 日期： | | | | | | | | |
| 资格  审查  意见 | 年 月 日 | | | | | | | |