附件1

成都市郫都区犀浦街道社区卫生服务中心应聘人员报名表

应聘岗位： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月（年龄） | （ 岁） | 照片张贴处 |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 联系方式 |  |
| 文化程度 |  | 身份证号码 |  |
| 通讯地址 |  |
| 学习经历 | 起止年月 | 毕业院校 | 专业 | 学历/学位 | 教育类型 |
|  年 月- 年 月 |  |  |  |  |
|  年 月- 年 月 |  |  |  |  |
|  年 月- 年 月 |  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止年月 | 单位名称 | 部门/职位 | 证明人 |
|  年 月- 年 月 |  |  |  |
|  年 月- 年 月 |  |  |  |
|  年 月- 年 月 |  |  |  |
| 报名人承诺 | 本人承诺：此报名表上所填内容真实有效，如有虚假本人愿意承担由此产生的一切后果。 承诺人签名： |
| 资格审查复核意见 | □合格 □不合格 审查人签名： |