附件

吴忠市利通区人民医院自主公开招聘卫生专业技术人员

报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | | 出生年月 | | |  | | 照片 |
| 户口所在地 |  | 民族 |  | | | 政治面貌 | | |  | |
| 第一学历 |  | 毕业时间 |  | | | 学位 | | |  | |
| 最高学历 |  | 毕业时间 |  | | | 学位 | | |  | |
| 毕业院校 |  | | | | 所学专业 | | |  | | |
| 健康状况 |  | | | | 婚姻状况 | | |  | | | |
| 身份证号码 |  | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | 参加工作时间 | | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | 是否在职/  在编人员 | | |  | |
| 现有专业技术资格 |  | 现有资格取得时间 | |  | | | 职务职称 | | |  | |
| 报考职位： | | | | | | | | | | | |
| 个人简历 |  | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员及工作单位和职务 |  | | | | | | | | | | |
| 所受奖惩情况 |  | | | | | | | | | | |
| 资格审核结果及意见 | 审核意见：  审核部门负责人： 审核人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 若应聘者隐瞒有关情况或者提供虚假材料的，由招聘主管部门依法依规取消应聘者的考试及聘用资格，所造成的一切损失由应聘者本人承担。  **本人确保所填内容的真实性、准确性，若内容无误，请签字确认：**  日 期： | | | | | | | | | | | |