附件

**乐山市市中区医疗卫生共同体苏稽分院**

**（苏稽镇中心卫生院）**

**自主招聘工作人员信息表**

**报名序号： 报名时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **1寸免冠照片** |
| **出 生 地** |  | **民族** |  | **政治面貌** |  |
| **最高学历** |  | **专业** |  | **毕业时间** |  |
| **毕业院校** |  | | | **学 位** |  |
| **学习形式** |  | **应（往）届** |  | **婚姻状况** |  |
| **身高（cm）** |  | **体重（kg）** |  | **健康状况** |  |
| **身份证**  **号码** |  | | | **户口所在地（应届毕业生填入学前地）** |  | |
| **应聘岗位** |  | | | **联系电话** |  | |
| **工作经历** |  | | | | | |
| **获得过何种专业证书，有何专长** |  | | | | | |
| **家庭主要成员及工作单位和职务、联系方式** |  | | | | | |
| **所受奖惩情况** |  | | | | | |
| **本人承诺：以上所填报名信息属实。**  **医院如在招聘和聘用任何环节发现与报名条件不符，报名或聘用资格一律无效，且责任自负。**  **承诺人签名： 年 月 日** | | | | | | |
| **资格审核结果及意见** |  | | | | | |

**注：“学习形式”填写全日制/非全日制。**