2024年灵石县医疗集团人才引进计划和招聘**报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **个人情况** | | | | | | | | | | | |  | | |  |
| 应聘岗位 | |  | | | | |  | | | | |  | | | 照片  （一寸红底） |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | | | 出生年月 | |  | | |
| 民 族 | |  | | 籍 贯 | |  | | | | 政治面貌 | |  | | |
| 学 历 | |  | | 毕业院校及专业 | | | | | |  | | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | 资格证书 | | | |  | | |
| 参加工作  时间 | |  | | | | | | 联系电话 | | | |  | | | |
| 家庭  现住址 | |  | | | | | | | | | | 邮 编 |  | | |
| **培训及社会实践（工作）经历** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单 位 | | | | 起止时间 | | | | | 培训（工作）内容 | | | | | 取证情况 | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 家庭  主要  成员  情况 | 姓 名 | | 关 系 | | 出生日期 | | | | 政治  面貌 | | 工作单位及职务 | | | 联系方式 | |
|  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 诚信承诺签名 | | | | 以上填写情况真实可靠，如有虚假本人愿承担一切后果。  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |