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 |