2024年浦江县医疗卫生单位公开招聘面试考生登记表

报考单位： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸免冠近照 |
| 政治面貌 |  | 户籍所在地 |  | 民族 |  |
| 毕业时间 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 现有职称 |  | 执业范围 |  | 身份证号 |  |
| 现工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  |
| 学习经历（高中开始填写） | 起止时间 | 院校 | 专业 |
|  年 月— 年 月 |  |  |
| 年 月— 年 月 |  |  |
| 年 月— 年 月 |  |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 工作单位 | 岗位 |
|  年 月— 年 月 |  |  |
| 年 月— 年 月 |  |  |
| 年 月— 年 月 |  |  |
| 家庭主要成员情况（父母/配偶/子女/兄弟姐妹） | 关系 | 姓名 | 工作单位 | 岗位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 承诺 | 本人声明：本人符合本次招聘规定的条件，以上所填写资料和提供的材料都是真实有效。如有虚假，后果自负。 填表人： 年 月 日 |
| 审核部门意见 |  |