附件1

确山县2024年招聘高层次医疗卫生人才 报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | | | | 所学专业 |  |
| 学 　历 |  | 学位 |  | | 毕业时间 |  |
| 毕业证书编号 |  | | | | 身份证号码 |  | |
| 报考单位 |  | | | | 报考岗位 |  | |
| 身份证登记住址 |  | | | | 现家庭详细住址 |  | |
| 联系电话1 |  | | | | 联系电话2 |  | |
| 本人简历（从高中填起，例如：xx年xx月） |  | | | | | | |
| 家庭成员  及主要  社会关系 | 姓 名 | 与本人关系 | | 工作单位或住址 | | 联系电话 | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
| 报名人  承 诺 | 1.本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担，招聘期间，保持通讯畅通，否则后果自负；2.若发现所提供证件材料与报考岗位不一致，取消资格；3.我承诺，以上报考信息真实正确符合报考条件，自觉严格遵守考风考纪。    报名人签名： | | | | | | |
| 资格审查  意　　见 | 审查人签名： | | | | | | |