附件1

固安县总医院2024年公开选聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 粘贴照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 户籍所在地 |  |
| 联系电话 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  |
| 报考岗位 |  |
| 学习简历(从高中起) |  |
| 工作简历 |  |
| **诚信承诺书**本人已阅读并理解本次考试的《选聘公告》，完全了解并符合所报考岗位的条件要求。报名提交的所有信息资料准确、真实、有效，不弄虚作假。如有违反，自愿承担相应的责任和由此造成的一切后果。 本人签名： 年 月 日 |