**新乡市第一人民医院公开招聘卫生专业技术人员报名表**

序号： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生  年月日 |  | |  |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  | |
| 学 历 |  | | 学位 |  | | |
| 毕业院校及专业 |  | | | 毕业时间 |  | |
| 职 称 |  | | | 资格证书 | |  | |
| 现工作单位 |  | | | 参加工作时间 | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | |
| 邮政编码 |  | | | 联系电话 |  | | |
| 学习及工作简历 |  | | | | | | |
| 本人承诺 | 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。  报名人（签名）：  年 月 日 | | | | | | |
| 报考岗位名称 |  | | | | | | |
| 资格审查  意 见 | 初审人（签名）：  复审人（签名）：  年 月 日 | | | | | | |