附件：

寿光市人民医院援鄂医务人员定向招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月(年龄) |  年 月（ 岁）  | 照片 |
| 籍贯 |  | 健康情况 |  |
| 毕业院校 |  | 专业及研究方向 |  |
| 学历 |  | 毕业时间 |  |
| 招聘单位 |  | 援鄂时间 |  |
| 报考岗位 |  | 学位 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历（高中起点） |  |
| 家庭成员情况 |  |
| 个人承诺 | 我已经仔细阅读了《2020年寿光市面向公立医院援鄂医务人员定向招聘公告》，保证所填写和提报的信息准确、真实、有效。 本人签字： 年 月 日 |