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 | | | | | | | | | | | | |