附件：

连州市医疗总院公开招聘人员报名表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 报考职位 |  | 贴相片 |
| 是否同意调剂 |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | 年 月 （ 岁） |
| 身高 | CM | 民族 |  | 籍贯 | 省 市（县） |
| 政治面貌 |  | 婚姻状况 |  |
| 现户籍地 |  省 市（县） |
| 身份证号码 |  | 联系电话 | 手机号码： |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  年 月 日 |
| 所学专业 |  | 学历及学位 | 学历： 学位： |
| 原工作单位 |  | 是否 在编人员 |  |
| 专业技术资格 |  | 取得时间 |  | 从业资格 |  | 取得时间 |  |
| 学习、工作经历（从高中开始按时间先后 顺序填写） | 时间起止 | 学习、工作经历 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 家 庭成 员及 主要 社会 关 系 | 姓 名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|   |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 有 何特 长及 突出 业绩 |  |
| 奖 惩情 况 |  |
| 报名人承 诺 | 本人承诺以上资料属实，如有不实之处，愿意承担相应责任。报名人签名： 报名时间： |
| 部 门审 核意 见 |  根据招聘公告和职位要求对报名者资料审核，符合□/不符合□报考。审核人 ： 审核时间： 年 月 日 |
| 备 注 |  |