遂川县定向招聘援鄂编外医务人员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片（一寸） |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 手机号码 |  | 联系地址 |  |
| 全日制学历及毕业院校 |  | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 在职教育及毕业院校 |  | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 执业资格 |  | 取得时间 |  |
| 执业类别 |  | 是否注册 |  |
| 工作经历（含援鄂经历） |  |
| 奖惩情况 |  |
| 承 诺 书本人承诺: 本人填写的所有信息详实有效。本人符合定向招聘规定的条件以及报考岗位的所有资格要求。如不符合，本人愿意承担由此造成的一切后果。承诺人：　　 年　 月 日 |
| 资格审查意见 |  |