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