**上犹县人民医院**

招聘临床类研究生**报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 民族 |   | 政治面貌 |   | 一 寸免冠照片 |
| 出生年月 |   | 身份证号码 |   | 籍贯 |   |
| 第一学历 | 毕业学校 |   | 所学专业 |   | 学历 |   |
| 最高学历 | 毕业学校 |   | 所学专业 |   | 学历 |   | 身高 | cm |
| 职业资格 |   | 家庭住址 |   | 联系电话 |   |
| 婚姻状况 |  | 生育情况 |  |
| 工作经历 |  工作单位 | 起止时间 | 工作岗位 | 证明人及电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 家庭状况 | 关 系 | 姓 名 | 政治面貌 | 工作单位及职务 | 联系电话 |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| **本人承诺：**本人符合报名条件要求，在报名表中填报的信息真实、准确、一致。所提供的学历证书等相关证件均真实有效。如有弄虚作假或填写错误，由本人承担一切后果。 本人签名： 年 月 日 |
| 资格审查者签名： 年 月 日 |