附件

海拉尔区人民医院公开招聘编外医务人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | | |  | | | 民族 |  | | | 蓝底一寸  电子版照片 |
| 出生年月 | |  | | 政治面貌 | | |  | | | 普通全日制学历学位 |  | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | | 所学专业 |  | | |  |
| 职称、执（职）业资格 | | | | |  | | | | | 取得时间 |  | | |
| 户 籍  所在地 | |  | | | 婚姻状况 | |  | | | 报考岗位 |  | |  | |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | 专业特长 |  | | | |
| 联系电话 | |  | | | | E-mail | | | | |  |  | | |
| 简历 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 应  聘  人  员  承  诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。**  **如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。**  **应聘人签名：**  **年 月 日** | | | | | | | 资  格  审  查  意  见 | **经审查，符合应聘资格条件。**  **审查人签名：**  **年 月 日** | | | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | | | | | |