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 |  |