2024年大宁县医疗集团招聘人员报名表

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生年月 |  | | 照  片 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | | 健康状况 |  | |
| 籍贯 |  | | | | | | |
| 学历 | 第一  学历 |  | 毕业院校及毕业时间 | | |  | | |
| 最高  学历 |  | 毕业院校毕业时间 | | |  | | |
| 学位 |  | | | | 所学专业 |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | |
| 资格证编号 | |  | | | | | | |
| 联系方式或备用联系方式 | |  | | 有无违法违纪 | | |  | |
| 学  习  及  工  作  简  历 |  | | | | | | | |
| 家庭主要成员以及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 出生  年月 | | 政治面貌 | 现工作单位及职务 | | |
|  |  |  | |  |  | | |
|  |  |  | |  |  | | |
|  |  |  | |  |  | | |
|  |  |  | |  |  | | |
| 能体现特长的主要工作业绩 |  | | | | | | | |
| **本人承诺：上述填写的内容真实完整，如有不实，自愿承担取消招聘资格的责任。**  **报考人（签名）**  **年 月 日** | | | | | | | | |
| 招聘工作领导组意见：  审核人（签名）  年 月 日 | | | | | | | | |

注：本表由报名人员填写，全部信息真实准确，正反面打印