附表：上饶县卫健系统公开招聘人员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 招聘单位 | 上饶县人民医院 | 招聘岗位 |  | 相           片 |
| 姓名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 籍 贯 |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  |
| 生源地 |  | 是否应届毕业生 |  | 学 位 |  |
| 第一学历 |  | 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 现工作单位 |  | 联系电话 | 手机 |  |
| 住宅 |  |
| 身份证号 |  | 执业资格及取得时间 |  |
| 联系地址 |  | 邮 编 |  |
| 个    人    简    历 | 年   月至    年   月 | 在何单位学习或工作 | 任 何 职 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 应聘人员承诺签名 | 上述填写内容和提供的相关依据真实、有效，符合招聘岗位所需的报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格。      应聘人：                                  年    月     日 |
| 资 格审 查意 见 | 资格审查人签名：                                         年     月     日 |

注：本报名登记表一式一份，相关证书复印件装订为附件。