**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。