**2020年南召县疫情防控期间紧急补充医疗工作人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | |  | 出生年月 | | | |  | | | |  | |
| 籍贯 |  | | | | 民族 | |  | 政治面貌 | | | |  | | | |
| 学历 |  | | | | | | 学位 |  | | | | | | | |
| 毕业院校及专业 | | | |  | | | | | 毕业时间 | | | |  | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | | | 参加工作时间 | | | | |  | |
| 联系电话 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | | 原单位是否同意报考（填是或否） | | | | | |  |
| 简历  （填写  大学  学习及  工作  经历） | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要  成员 | | | 姓名 | | | 工作单位或住址 | | | | | | | | | 与本人关系 | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |
| 本人承诺 | | | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  报名人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 报考单位 | | |  | | | | | | | 职位代码 | | | |  | | | |
| 资格  审查  意见 | | | 审查人（签名）： | | | | | | | | | | | | | | |

报名序号：                                                   填表日期：    年    月    日