附件1：

贡嘎县中心医院公开招聘医务科专干人员报名表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | | 出生  年月 | | |  | | | 出生地 |  |  |
| 籍 贯 |  | 民族 | |  | | 政治  面貌 | | |  | | | 学 历  学 位 |  |
| 毕业院校及专业 | 全日制  教育 | |  | | | | 毕业学校及时间 | | | | |  | |
| 在职教育 | |  | | | | 毕业学校及时间 | | | | |  | |
| 身份证  号码 |  | | | | | | 联系  方式 | | | 微 信 | |  | | |
| 手 机 | |  | | |
| 报考岗位 |  | | | | | | 是否服从调剂 | | | | |  | | |
| 主要学  习及工  作简历 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | | | 出生年月 | | | 政治面貌 | | | 工作单位 | | | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| 本人  承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，报考所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，随时取消考试或选用资格，所产生的一切后果由本人承担。  报考人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 报名资格初审意见 | 签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |