三门县人民医院医共体编外人员招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 出生年月 |  | |
| 性别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 户籍所在地 |  | 学历 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 联系地址 |  | | | 移动电话 |  |
| 邮箱 |  | | | 工作岗位 |  |
| 普通全日制学历 | 毕业院校 |  | | 专业 |  |
| 学历层次 |  | | 毕业时间 |  |
| 个人简历 |  | | | | |
|
|
| 本人承诺:上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。  报考承诺人（签名）： 年 月 日 | | | | | |
| 单位 审核意见 | （盖章） 年月日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |