自贡市医学会招聘工作人员报名登记表

应聘岗位： 报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | | | 民 族 |  | | 贴  相  片  处 |
| 出生年月 | |  | 政治面貌 | |  | | | 学历学位 |  | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | 所学专业 |  | |
| 职称、执（职）业资格 | | | |  | | | | 取得时间 |  | |
| 户 籍  所在地 | |  | | | | | | 婚姻状况 |  | |  |
| 身份证号 | |  | | | | | | 有何特长 |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | 邮政编码 |  | |
| 联系电话 | |  | | | | | | 邮 箱 |  | | |
| 个  人  简  历 | |  | | | | | | | | | |
| 与应聘岗  位相关的  实践经历  或取得的  成 绩 | |  | | | | | | | | | |
| 应  聘  人  员  承  诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件**  **如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。**  **应聘人签名：**  **年 月 日** | | | | | 资格  审查  意见 | **经审查，符合应聘资格条件。**  **审查人签名： 招聘单位（章）**  **年 月 日** | | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | | |

说明：1.报名序号由招聘单位填写。2.必须如实手工填写上述内容，如填报虚假信息者，取消招聘资格。3.经审查符合报名资格条件后，此表由招聘单位留存。