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。