**附件1：**

**疏勒县人民医院面向社会公开招录工作人员报名表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名 |  |  |
| 应聘岗位 |  | 政治面貌 |  |  |
| 性别 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |  |
| 出生日期 |  | 身份证号码 |  |
| 婚姻状况 |  | 户口所在地 |  | 现居住地 |  |
| 手机号码 |  | 固定电话 |  | QQ号码 |  |
| 在疏勒县人民医院单位内有无亲属 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 学制 |  |
| 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 健康状况 |  |
|  身高（cm） |  |  体重（kg） |  |
| 驾驶证 |  | 取得时间 |  |
| 专业技术资格及取得时间： |
| 是否同意岗位调剂 | 同意□ 不同意 | 签名 |  |
| 配偶子女信息 |
| 配偶姓名 | 出生年月 |
| 参加工作时间 | 户口所在地 |
| 学历 | 所在单位 |
| 联系电话 |  |
| 子女情况 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 所在单位及职务 | 现居住地 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 近亲属信息 |
| 姓名 | 性别 | 关系 | 出生年月 | 所在单位及职务 | 现居住地 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 教育信息（从高中时填起） |
| 起止时间 | 学校 | 专业类别 | 专业名称 | 所学主要课程 | 学位 | 培养方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 工作/活动信息 |
| 开始时间 | 结束时间 | 单位名称 | 所在部门 | 职位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺 |
| 本人证实上述所填写的各项资料内容的真实性，并无掩饰任何不利于申请此职位之资料。本人与疏勒县人民医院职工（存在）（不存在）夫妻关系、直系血亲关系、三代以内旁系血亲及近姻亲关系，本人自愿承担因隐瞒事实而带来的一切后果。承诺人（签字）：年 月 日 |
| 资格审查意见 |
|  该同志是否符合招录岗位条件：符合□ 不符合□疏勒县人民医院招聘领导小组（盖章）年 月 日 |