**蒲城县中医医院2023年招聘报名信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 毕业院校/专业 |  | 学历 |  |
| 是否有证件 |  | 电 话 |  |
| 身份证号码 |  | 政治面貌 |  |
| 学习经历 | 起止年月 | 就读院校 | 专业 | 学历 | 学位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止年月 | 工作单位 | 部门 | 岗位或职务 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 其他需要说明情况 | 其他需要说明的情况： |

本人对以上填写内容的真实性负责，并承担因填报虚假信息而产生的一切后果。

 本人签名：