**附件1：**

**广西医科大学附属武鸣医院2018年公开招聘人员报名登记表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 应聘岗位 |  | | | | 政治面貌 | | |  | | | | 两  寸  彩  照 |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | | |  | | | |
| 籍贯 |  | | 婚否 |  | 民族 | | |  | | | |
| 毕业院校及专业（最高学历） | 全日制  教育 |  | | | | | | 学位 | |  | |
| 在职  教育 |  | | | | | | 学位 | |  | |
| 专业技术资格名称、  授予单位及取得时间 | |  | | | | | | | | | | |
| 现工作单位 |  | | | | | | 身份证号 | | | |  | |
| 通信地址 |  | | | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 个人简历  （学习、工作经历，从大学起） |  | | | | | | | | | | | |
| 主要科研、论文成果及奖惩情况  （需附证明材料） |  | | | | | | | | | | | |
| 报名人  承诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。  报名人亲笔签名： | | | | | | | | | | | |
| 资格审查  结果 |  | | | | | 是否进入笔试或面试考核 | | |  | | | |