|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **填表时间:** | 年 月 日 | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 粘贴照片 |
| 民 族 |  | 出生年月 |  |
| 学 历 |  | 毕业学校 |  |
| 毕业时间 |  | 所学专业 |  |
| 健康状况 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | | | |
| 身份证号 |  | | | |
| 本人主要经历(包括学历) | | | | |
| 自何年何月至何年何月 | | 何地何部门任何职务 | | 证明人 |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
| 本人承诺：以上信息均为真实。 | | | | |

附件2：

**含山县中医医院招聘报名表**