2020年松北区卫生系统所属事业单位

公开招聘高层次人才报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **一****寸****照****片** |
| **毕业学校及时间** |  | **所学专业** |  |
| **身份证号** |  | **户籍所在地** |  |
| **联系电话** |  | **其它联系电话** |  |
| **事业单位名称及****岗位名称** |  | **招考对象** |  |
| **个人简历** |  |
| **具有医师资格证****等情况** |  |
| **诚信声明** | **本人承诺：以上填写的各项报考信息全部真实有效。因提供虚假信息所产生的一切后果，均由本人负责。****本人亲笔签名：****年 月 日** |