曲周县公开选聘卫生专业技术人才报名登记表

报考医院 报考岗位

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | | |  | 出 生 年 月 |  | | | 贴 照  片 处 |
| 政 治 面 貌 | |  | | 民 族 | | |  | 户口所在 地 |  | | |
| 身 份 证 号 | |  | | | | | | 婚 姻 状 况 |  | | |
| 学历 学位 | 全日制 教 育 | |  | | | 毕业院校及专业 | |  | | | 毕业  时间 |  |
| 在 职 教 育 | |  | | 毕业院校及专业 | | |  | | | 毕业  时间 |  |
| 执业资格证类别和专业 | | |  | | | | | | | | | |
| 联系电话1 | | |  | | | | | 联系电话2 | |  | | |
| 学  习  和  工  作  经  历 | | |  | | | | | | | | | |
| 诚  信  保  证 | | | 本人承诺：  我承诺以上填写信息真实、准确，并符合选聘岗位所需的报考资格。资格复审能够提供相关证件，如有虚假，本人愿承担取消应聘资格责任。  应聘人签字（手写）：  年 月 日 | | | | | | | | | |

初审人： 复核人: