**石阡县人民医院2020年招聘医务人员 报名信息表 报名序号：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 民族 |   | 　照片 |
| 身份证号 |   | 出生日期 |   |  |
| 政治面貌 |   | 考生生(兵）源地 |   | 户籍所在地 |   |
| 学历 |   | 学位 |   | 毕业时间 |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 毕业院校 |   | 是否普通高等教育全日制 |   |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所学专业具体名称 |   |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 工作单位 |   | 参加工作时间 |   |  |
| 工作年限 |   | 专业技术职称　 |   | 其它资格名称 |   |
| 个人身份 |   | 联系电话1 |   | 联系电话2 |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 工作单位是否同意报考 |   | 是否满足该职位要求的所有报考条件 |   |
| 其他需说明事项 |   |
| 报考单位代码及名称 |   | 报考职位代码及名称 |   |
| 报名点 |   | 考试类别 |   |
| 报名信息 确认栏 | 以上填写信息均为本人真实情况，并已签订诚信报考承诺书，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。 考生签名： |
| 初 审 意 见 | 审核人：2020年月日 (单位审核章) | 复 审 意 见 | 审核人：2020年月日 (单位审核章) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

注：1、报名成功考生须打印备用。2、“专业技术职称”：如工程师、高级工程师、会计师、高级会计师……。3、“其它资格名称”：如会计从业资格证、执业医师资格证、国家司法考试A证……。