附件

**高平市人民医院**

**公开招聘聘用制医学类专业技术人员报名表**

所报岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | | 出 生  年 月 | |  | 一寸红底  照片 |
| 民族 |  | 政 治  面 貌 | |  | | | 婚 姻  状 况 | |  |
| 籍贯 |  | 户口所在地 | |  | | | 专 业 | |  |
| 身份证  号码 |  | | | 联 系  电 话 | | | （请填写两个联系电话） | | |
| 家庭详  细住址 |  | | | 现具有任职资格及取得时间 | | |  | | | |
| 教育  经历 | 学历 | 学位 | | 在校起止时间 | | | | | 毕业院校及专业 | |
|  |  | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | |
| 工作  经历 |  | | | | | | | | | |
| 家庭成员以及主要社会关系 | 姓名 | | 与本人  关系 | | 出生年月 | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | |
|  | |  | |  |  | |  | | |
|  | |  | |  |  | |  | | |
|  | |  | |  |  | |  | | |
|  | |  | |  |  | |  | | |
|  | |  | |  |  | |  | | |
| 本人  承诺 | 本人所提供（填写）的个人信息、证件、证明材料，真实、准确。若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  年 月 日 | | | | | | | | | |