潢川县第二人民医院 妇幼保健院公开招聘专业技术人员登记表

报考单位： 专业： 报名时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |   | 政治面貌 |   |  |
| 出生年月 |   | 身份证号 码 |  | 籍贯 |  |
| 第一学历 | 毕业学校 |   | 所学专业 |   | 学历 |   |
| 最高学历 | 毕业学校 |   | 所学专业 |   | 学历 |   | 身高 |   |
| 现有执业资格 |   | 家庭住址 |   | 联系电话 |  |
| 学习及 工作简历 |  |
| 家庭状况 | 称 谓 | 姓 名 | 政治面貌 | 工作单位及职务 | 联系电话 |
|  |   |   |   |  |
|  |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| 本人承诺：本人符合报名条件要求，在报名表中填报的信息真实、准确、一致。所提供的学历证书等相关证件均真实有效。如有弄虚作假或填写错误，由本人承担一切后果，并自愿接受有关部门的处理。 本人签名： 年 月 日 |
| 资格审查盖章 ： 签字： 年 月 日 |

个人详细简历、相关证书均可作为附件提供。