2024年灵璧县乡镇卫生院招聘编外工作人员

报名登记表

报考岗位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 出生年月 |  | 照  片 |
| 籍贯 |  | | 民族 | |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | | 学位 | |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 | |  | | | | 联系电话 |  |
| 工作单位 | |  | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | |
| 毕业院校及专业 | | | |  | | | | |
| 个人  简历 |  | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员  社会  关系 |  | | | | | | | |
| 诚信  承诺 | 本报名表所填信息及提交的各类证件材料均真实有效，如有虚假，产生的一切后果由本人承担。  签名：    2024年    月   日 | | | | | | | |

说明：“联系电话”请填写能联系到本人或家人的电话，如填写错误、手机关机、停机等个人原因造成无法联系耽误考试录用的后果自负。