附件1

栾川县2024年度公开招聘卫生专业人才报名表

|  |
| --- |
| 个人基本信息 |
| 报考岗位及专业 |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 一寸免冠彩色照片 |
| 政治面貌 |  | 民 族 |  | 婚姻状况 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 学 制 |  |
| 是否全日制 |  | 毕业时间 |  | 毕业院校 |  |
| 职 称 |  | 联系电话 |  | 身份证号 |  |
| 是否就业 |  | 就业单位 |  | 详细通讯 地 址 |  |
| 学习经历 |
|  | 开始时间 | 结束时间 | 学校名称 | 专业名称 |
| 高中阶段 |  |  |  | \ |
| 专科阶段 |  |  |  |  |
| 本科阶段 |  |  |  |  |
| 硕士阶段 |  |  |  |  |
| 博士阶段 |  |  |  |  |
| 工作经历 |
|  | 开始时间 | 结束时间 | 单位名称 | 职务 | 单位性质 | 个人档案所在地 |
| 经历一 |  |  |  |  |  |  |
| 经历二 |  |  |  |  |  |  |
| 经历三 |  |  |  |  |  |  |
| 其它情况 |
| 奖励情况 |   |
| 惩罚情况 |  |
| 违法违纪情况 |  |
| 是否同意调剂 |  |
| 诚信承诺 |
| 本人承诺 |  本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料、照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。 本人签名： 年 月 日 |
| 审核结果 |
| 资格审核意见 |  |

注：本表A4纸双面打印，一式两份。