墨江哈尼族自治县人民医院招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 民族 |  | 相  片 |
| 出生  年月 | |  | | 身高 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 | |  | | | | 籍贯 |  |
| 现户  籍地 | | 省 市 县（市、区） | | | | 联系电话 |  | |
| 通讯  地址 | |  | | | | 邮编 |  | |
| 毕业  院校 | |  | | | | 毕业时间 |  | |
| 学历 | |  | | 学位 |  | 专业 |  | |
| 职称  资格 | |  | | | | 取得时间 |  | |
| 报考  岗位 | |  | | | | | | |
| 学习、工作经历  （按时间顺序，从中学开始填写） | |  | | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | | 姓名、与本人关系、工作单位及职务 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 有何特长及突出业绩 | |  | | | | | | |
| 奖惩  情况 | |  | | | | | | |
| 本人郑重承诺：以上信息全部真实有效，若有隐瞒或提供虚假信息，本人愿意承担由此造成的一切责任。  承诺人（签名）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 用人单位审核意见：  （盖章）  审核人（签名）  年 月 日 | | | | | | | | |