附件1：

**项城市2019年公开招聘基层医疗卫生单位**

**工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 岁） | |  | |  |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | | | | |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | |
| 报考岗位 |  | | | 岗位代码 | | |  | |
| 联系方式 |  | | | 职称及取得时间 | | |  | |
| 执业资格证及取得时间 |  | | | | | | | |
| 学 历  学 位 | 全日制教育 |  | | | 毕业院校  系及专业 | |  | |
| 在职教育 |  | | | 毕业院校  系及专业 | |  | |
| 学  习  及  工  作  简  历 |  | | | | | | | |
| 本人承诺 | 本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  报名人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 资格审查 意见 | 审查人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | |