远安县2020年医疗卫生事业单位

急需紧缺专业人才引进报名表

报考单位： 报考岗位： 是否服从调剂：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性 别 |   | 出生年月 |   | 一寸免冠登记照 |
| 民 族 |   | 籍 贯 |   | 政治面貌 |  |
| 参加工作时间 |  | 现工作单位 |  |
| 专业执业资格 |  | 专业技术职称 |  |
| 身份证号码 |  | 电话号码 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业时间、院校系及专业 |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业时间、院校系及专业 |  |
| 简历 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政 治面 貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合引进公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。 报考承诺人（签名）： 年 月 日 |
| 报考考生所在单位审查意见 |  签字(盖章)： 年 月 日 |
| 招聘工作领导小组资格审查意见 | 审查人员签字：年 月 日 |