附件1

**2020年度库伦旗艰苦边远地区全科医生特设岗位**

**公开招聘工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 出 生  年 月 | |  | | 照片 |
| 户籍所在地 |  | | 民族 |  | 政治  面貌 | |  | |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 | |  | | |
| 现工作单位 |  | | | 参加工作  时 间 | |  | | |
| 报考单位 |  | | | 选择试卷语言类型 | | □汉文试卷 □蒙文试卷 | | | |
| 毕业院校及专业 |  | | | 教育类别 | | □全日制 □非全日制 | | | |
| 已取得岗位相关资格证书 |  | | | 资格证书  编号 | |  | | | |
| 学习经历  （高中起填） | 起止时间 | 院校名称 | | | | 专业名称 | | 学历学位 | |
|  |  | | | |  | |  | |
| 工作经历 | 起止时间 | 单位名称 | | | | 岗位名称 | | 职务职级 | |
|  |  | | | |  | |  | |
| 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。  申请报名人（签名）：  2020年 月 日 | | | | | | | | |
| 资格初审  意 见 | 审查人（签名）：  2020年 月 日 | | | | | | | | |
| 资格复审  意 见 | 审查人（签名）：  2020年 月 日 | | | | | | | | |

注：需要选择的项，请在选择项目前面的□里画“√”。