附件3

**新干县公开招聘县级公立医院编制备案制工作人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | | 民族 | |  | 籍 贯 |  | 相  片 |
| 出生年月 | |  | 政治面貌 | | |  | | | 参加工作时间 |  |
| 生源地 | |  | 学历 |  | | | | | 学 位 |  |
| 毕业学校 | |  | 所学专业 | | |  | | | 职 称 |  |
| 身份证号 | |  | | | | | 现工作单位及职务  （有编、无编） | | |  | |
| 联系地址 | |  | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 报考志愿 | | 报考单位 | | | | | | | | 报考岗位 | |
| 附件1□ 附件2□ | | | | | | | |  | |
| 个 人 简 历 | 年 月至 年 月 | | | | 在何单位学习或工作 | | | | | | 任 何 职 |
|  | | | |  | | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | |  |
| 应聘人员承诺签名 | 上述填写内容和提供的相关依据真实、有效，符合招聘岗位所需的报考条件。如有不实，本人自愿放弃考试和聘用资格。  承诺人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 招 聘单 位资 格审 查意 见 | 符合报考岗位条件□ 不符合报考岗位条件□  审查人员签字（2人）：  年 月 日 | | | | | | | | | | |