附件1

**长沙市口腔医院自主招聘工作人员报名登记表**

应聘岗位： 身份证号码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 | |  | | 出生年月 |  | | 近期免冠  一寸彩照 | |
| 民 族 | |  | | | 籍 贯 | |  | | 政治面貌 |  | |
| 最高学历 | |  | | | 执业证 | |  | | 规培证 |  | |
| 户 口 所在地 | |  | | | | | | | 婚姻状况 |  | |
| 家庭地址 | |  | | | | | | | 健康状况 |  | | | |
| 爱好特长 | |  | | | | | | | 本人手机号 |  | | | |
| 专业  教育  状况 | 学历  排序 | | （填写学习时间段、毕业学校） | | | | | | | 学习专业 | | | 全日制 **/** 在职 |
| 第一 学历 | |  | | | | | | |  | | |  |
| 第二 学历 | |  | | | | | | |  | | |  |
| 工作 简历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 主要  家庭  成员  情况 | 称谓 | | 姓名 | 年龄 | | 工作单位及职务 | | | | | 联系电话 | | |
| 父亲 | |  |  | |  | | | | |  | | |
| 母亲 | |  |  | |  | | | | |  | | |
| 配偶 | |  |  | |  | | | | |  | | |
| 子女 | |  |  | |  | | | | |  | | |
|  |  | |  | | | | |  | | |
| **本人承诺，上述填写内容及所提交材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。** 报名人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | 审核意见：  **经审查，符合应聘资格条件。**  审核人（签名）： 招聘单位（章）  年 月 日 | | | | | |

备注：1、本表一式一份，由报名人本人填写，务必准确、清晰，如填报虚假信息者，取消考试或聘用资格。

2、经审查符合报名条件，由考生现场确认，此报名表由招聘单位留存。