|  |
| --- |
| 大新县2024年卫生健康系统公开招聘事业单位工作人员报名登记表 |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 相片位置（方式二选一）1.贴近期一寸彩照；2.如果放电子照片须彩色打印。 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 户籍地 |  |
| 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 学历学位 | 全日制教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 身份证号码 |  | 专业技术职称 |  |
| 工作或学习单位及职务 |  | 是否在编 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 报考单位 |  |
| 报考岗位名称 |  | 报考岗位编码 |  |
| 个人简历（从高中或中专写起） |  |
| 奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系 |  |
| 诚信承诺 |  本人承诺以上填写的内容均真实有效，如与实际情况不符，后果自负。本人签名：   年 月 日 | 资格审查意 见 | 审查人：  审查部门(盖章) 年 月 日 |

附件3