|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **乐东黎族自治县妇幼保健院公开[招聘](http://sydw.huatu.com/" \t "_blank)编外卫生专业技术人员**  **报名表** | | | | | | | | |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | | **出生年月** |  | | **贴照片处**  **(一寸彩色**  **照片)** |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | | **政治面貌** |  | |
| **学 历** |  | **学 位** |  | | **毕业时间** |  | |
| **职 称** |  | **专 业** |  | | **健康状况** |  | |
| **毕业院校** |  | | | | **联系方式** |  | | |
| **身份证号码** |  | | | | **住　址** |  | | |
| **应聘岗位** |  | | | | **特长** |  | | |
| **个人简历**  （如实填写教育经历及工作经历） |  | | | | | | | |
| **家庭**  **主要**  **成员** | **姓名** | **与本人关系** | | **工作单位及职务** | | | **户籍所在地** | |
|  |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | |
| **报名人**  **承 诺** | 本人符合报名条件的要求，所提供的所有相关资料和上述填写内容真实有效。如有不实，本人愿自动放弃本次报考资格，并承担由此引发的一切后果。  报名人签名： 年 　 月 　日 | | | | | | | |
| **资格**  **审查**  **意见** | 审查人签名： 　　　　 年 　月 　日 | | | | | | | |
| **备 注** |  | | | | | | | |
| 说明：1.此表为一式一份。2.所有项目要求如实填写，并附上与上述填写内容相符合的材料。3.因填表不实或联系电话无法联系到本人而造成的一切后果，由填表人承担。 | | | | | | | | |