马边县人民医院2020年招聘人员报名信息表

报名序号： 填写时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 出生地 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 全日制学历 |  | 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | | | 学位 |  |
| 考生类型 |  | | | 婚姻状况 |  | |
| 身高 |  | 体重 |  | 健康状况 |  | |
| 证件号 |  | | | 户口所在地（应届毕业生填入学前的） |  | |
| 应聘岗位 |  | | | 联系电话 |  | |
| 工作、规培经历 |  | | | | | |
| 获得过何种专业证书，有何专长 |  | | | | | |
| 家庭主要成员及工作单位和职务 |  | | | | | |
| 所受奖惩情况 |  | | | | | |
| 本人承诺：以上所填报名信息和提供的报名材料属实。  医院如在招聘和聘用任何环节发现与报名条件不符，或提供虚假证件（复印证件），报名或聘用资格一律无效（解聘），且责任自负。  承诺人签名： 年 月 日 | | | | | | |