|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片  （一寸免冠照） |
| 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 |  |
| 在职学历 |  | 专业 |  | 毕业院校 |  | |
| 身高 |  | 体重 |  | 婚姻状况 |  | |
| 身份证号 |  | | | 健康状况 |  | |
| 应聘岗位  (科室) |  | | | 联系电话 |  | |
| 工  作  及  培  训  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，且责任自负。  承诺人（签名、捺手印）： 年 月 日 | | | | | | |

附件2：

马边彝族自治县人民医院2024年招聘人员报名信息表