**常德市妇幼保健院公开招聘人员报名表**

|  |
| --- |
| **应聘岗位名称：**                           报名序号： |
| 姓  名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 相片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 学历学位 |  |
| 原始学历毕业学校 |  | 所学专业 |  |
| 最高学历毕业学校 |  | 所学专业 |  |  |
| 职称、执（职）业资格 |  | 取得时间 |  |
| 户籍地 |  | 婚姻状况 |  |
| 身  高 |  | 档案保管单位 |  |
| 身份证号 |  | 有何特长 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | E-mail或微信 |  |
| 简历（高中起） | 起止时间 | 学校及学历 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 与应聘岗位相关的实践经历 | 起止时间 | 单位及科室 |
|  |  |
|  |  |
| 应聘人员承诺 | 本人承诺所提供的材料真实有效，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。 应聘人签名：年    月    日 | 资格审查意见 |  经审查，符合应聘资格条件。 审查人签名：     年     月    日 |
| 备注 |  |

说明：1.报名序号由招聘单位填写。2.考生必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试或聘用资格。3.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。4.如有其他学术成果或课题及需要说明的情况可另附。