**附件1**

**织金县人民医院医共体单位招聘工作人员报名表**

**报名序号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **性别** |  | **民族** | |  | **照片** |
| **身份证号** |  | | **出生日期** | | |  | |
| **政治面貌** |  | | **户 籍**  **所在地** | | |  | |
| **学历** |  | **学位** |  | **毕业时间** | | |  |
| **毕业院校** | |  | | **所学专业** | |  | |
| **现工作单位** |  | | **工作年限** | | |  | **参加工作时间** |  |
| **执业证书类别** | |  | | **执业证书编码** | | |  | |
| **联系电话（手机）** | |  | | | | **电子邮箱** |  | |
| **家庭住址** | |  | | | | | | |
| **其他需要说明的问题** |  | | | | | | | |
| **主要简历**  **（从大学开始填写）** | |  | | | | | | |
| **报考岗位** | | **职位代码： 岗位名称：** | | | | | | |
| **报名信息确认栏** | | **本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘方的报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。经本人核对录入的报名信息准确无误。正式行文聘用前保持所留联系电话畅通且不更改号码，如联系不上，本人愿意承担一切责任。**  **考生签名（手印）：代报人员签名（手印）：** | | | | | | |
| **报名资格**  **审核意见** | | **审查人签字：**  **年 月 日** | | | | | | |

**注：本表内容须如实填写，如发现弄虚作假,立即取消应聘资格。本表填写完整后请用A4纸打印。**