附 2

九江市第五人民医院自主招聘卫生专业技术人员报名表

应聘岗位名称： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照 片 |
| 出生年月 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 职 称 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 现 居 住 详细地址 |  | 身高 |  |
| 历 位学 学 | 全日制 教 育 |  | 毕业院校 系及专业 |  |
| 职 育在 教 |  | 毕业院校 系及专业 |  |
| 特 长 |  | 取得执业 证情况 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  |
| 职称情况 |  |
| 奖惩情况 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 学习 工 作经历 |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓 名 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位、职务及电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 个 人 承 诺 | 本人承诺， 所填写的信息真实、准确， 提供过的各类证书及相关印证材料真实有效，复印件与原件一致， 如有弄虚作假， 后果自负。签名：年 月 日 |
| 备注 |  |

备注： 此表请双面打印后填写。