乐山市沙湾区妇幼保健院

2024年自主招聘编外专技人员报名信息表

**报名序号： 填写时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **2寸电子照片** |
| **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** |  |
| **身份证号** |  | | | **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：**  **1、以上所填报名信息属实，医院如在招聘和聘用任何环节发现与报名条件不符，报**  **名或聘用资格一律无效，且责任自负。**    **承诺人签名： 年 月 日** | | | | | | |

**说明：考生类型填写应届/往届。**