|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 宜良县卫健系统2024年乡镇（街道）卫生院公开招聘编外聘用人员报名表 | | | | | | | |
| 报考岗位 |  | | | | | | |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  | | 民 族 |  | （照片） |
| 出生年月日 |  | 年 龄 |  | | 性 别 |  |
| 毕业院校 |  | | | | 专 业 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | | 取得时间 |  |
| 职称资格等级/驾照 |  | 取得时间 |  | | 职称专业名称 |  |
| 联系电话 |  | | | 通讯地址 |  | | |
| 个人简历 |  | | | | | | |
| 承诺 | 考生姓名： 身份证号码： 针对本次报名做出如下承诺： 1.我已仔细阅读《宜良县卫健系统2024年乡镇（街道）卫生院公开招聘编外聘用人员公告》，清楚并理解其内容。 2.本次考试提交的所有资料，本人承诺真实有效，如提供虚假信息，本人自愿放弃考试资格或聘用资格。由本人承担相应法律责任。  本人签名：  时间： 年 月 日 | | | | | | |
|
|
|
|
|
| 资格审查意见 | 备注：报考人员在报名过程及报名结束后，应及时登录宜良县人民政府官网www.kmyl.gov.cn，了解招聘工作进程和有关事项的公告公示（包括但不限于：笔试相关通知、面试相关通知、综合成绩相关通知、拟录用相关通知等），并保持报名时登记的联系方式畅通，若因报考人员填报信息错误等个人原因，导致工作人员联系不上本人，所造成的后果由报考人员自行承担。 | | | | | （盖章）  2024 年 月 日 | |
|
|
|
|

|  |
| --- |
|  |