重庆市合川区妇幼保健院2024年

公开招聘工作人员报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报考岗位 |  |  | 照片（1寸免冠照片） |
| 姓　　名 |  | 性　　别 |  | 出生年月 |  |
| 民　　族 |  | 政治面貌 |  | 婚　　否 |  |
| 参加工作时　　间 |  | 籍 贯 |  | 身 高 |  |
| 毕业时间 |  | 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 专业技术职务任职资格或职(执)业资格 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 个人简历 | （自高中及以后学历和工作经历开始填写) |
|  |
| 诚信承诺 | 本人自愿参加合川区妇幼保健院非在编人员公开招聘，并郑重承诺：1、本人已认真阅读并理解《重庆市合川区妇幼保健院2024年公开招聘非在编人员简章》中所有规定和要求，保证遵守招聘的各项规定，诚实守信，严守纪律，按要求参加招聘。2、本人保证报名时所提供的个人信息、证明材料、证件等真实准确，完整有效，不弄虚作假，不伪造、不使用虚假证明和证书，保证完全符合报名要求，若因个人信息错误、缺失及所提供证明材料、证件虚假或不符合《简章》规定或违反招聘纪律规定，自愿取消此次聘用资格，由此造成的一切后果将由本人承担。 本人确认签字： |
| 审核意见 | 审核意见： 审核人签字： |

备注：报考岗位须按照简章岗位情况一览表填写。

报名人： 报名时间：