|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件： |  |  |  |  |  |  |  |
| 惠水县人民医院医共体面向社会公开招聘编制外工作人员报名登记表 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片（插入最新电子照片打印） |
| 民 族 |  | 健康状况 |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻状况 |  | 学 历 |  | 执业证书 |  |
| 身份证号 码 |  | 职 称 |  |
| 联系电话 |  | 所报岗位 |  |
| 现居住地址 |  | 毕业学校及专业 |  |
| 个人简历（从高中填起） |  |
| 应聘人员承 诺 |   本人承诺填写的信息及提供的材料均合法、真实、有效，符合应聘岗位所需的资格条件，如有弄虚作假或填写失实、失误，承诺自动放弃聘用资格。应聘人员签名：  年 月 日 | 资格审查意见 | 经审查，符合招聘资格条件。审查人签名：  年 月 日 |
| 备 注 | 1.应聘者必须如实填写以上内容，如填写虚假信息者，取消聘用资格。2.应聘者需保持联系方式有效、否则后果自负。3.附上个人简历、有效身份证、毕业证、学位证书、执业资格证等相关证件的原件、复印件各1份。 |