附件：

2024年启东市第四人民医院公开招聘编外

救护车驾驶员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 身份证号 码 |  | 政治面貌 |  |
| 全日制教 育 | 学 历 |  | 毕业院校 |  |
| 学 位 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业专业 |  |
| 在 职教 育 | 学 历 |  | 毕业院校 |  |
| 学 位 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业专业 |  |
| 报考岗位 |  | 籍贯 |  |
| 现有驾驶资格 |  | 初次领证时间 |  |
| 家庭详细地址 |  | 联系方式 | 常用电话： |  |
| 其它电话： |  |
| 个人简历（从初中开始） |  |
| 奖惩情况 |  |
| 审核意见 | 审核人签名： 年 月 日 |
| 填表说明 | 1.此表相关内容由本人按要求如实填写。发现弄虚作假的，取消报名或聘任资格，后果由考生负责。2.字迹清楚，不得涂改。报名表上交后一律不予更改。 |

 本人确认签名：