附件1：

**山东省慢性病医院2025年招聘工作人员报名表（非编）**

应聘岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | 性别 | |  | | | 出生年月 | |  | | 1寸近期  正面免冠  照片 |
| 籍贯 | | |  | | 民族 | |  | | | 政治面貌 | |  | |
| 身份证号码 | | |  | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 参加工作时间 | | |  | | 现工作单位及职务 | | | | |  | | | |
| 专业技术职务 | | |  | | | 取得时间 | |  | | 聘任时间 | |  | |
| 学习经历 | 学历 | | 学位 | | 毕业院校 | | | | | 所学专业 | | 学习起止年月 | | 学习形式 |
| 专科 | | -- | |  | | | | |  | |  | |  |
| 本科 | | 学士 | |  | | | | |  | |  | |  |
| 硕士研究生 | | 硕士 | |  | | | | |  | |  | |  |
| 博士研究生 | | 博士 | |  | | | | |  | |  | |  |
| 主要工作经历 | 自何年月 | | 至何年月 | | 在何单位、任何职 | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员 | 称 谓 | 姓 名 | | 出生  年月 | | | | | 政治面貌 | | 文化程度 | | 工作单位及职务 | |
|  |  | |  | | | | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | |  | |  | |
| 户口所在地 | |  | | 现住址 | | | | |  | | | | | |
| 声明 | 我已仔细阅读《山东省慢性病医院2025年招聘工作人员简章(非编)》，理解其内容，符合报考条件。我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等，真实、准确，并自觉遵守单位招聘工作的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行报考人员的义务。对因提供有关信息、证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应的责任**。**  申请人签字（手写）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |