附件1

**邛崃市第二人民医院人员招聘岗位报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月****（ 岁）** |  | **近期****免冠****正面****照片** |
| **民族** |  | **籍贯** |  | **出生地** |  |
| **政治****面貌** |  | **参加工作时间** |  | **从事专业** |  |
| **学历** |  | **毕业学校****及专业** |  |
| **现居住地址** |  | **健康状况** |  |
| **婚姻****状况** |  | **是否服从****调配** |  |
| **联系****电话** |  | **紧急备用联系电话** |  |
| **职业资格证书** |  |
| **主要****学习****情况** |  |
| **主****要****工****作****经****验** |  |
| **家庭****主要****成员****及****社会****关系** | **称谓** | **姓 名** | **出生年月** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **何时何地受过何种奖励处分** |  |
| **其他需要说明的问题** |  |
| **本人****承诺** | **我保证上述表格中所填写的内容真实、完整，如有虚假愿承担一切责任。****签名：** **日期： 年 月 日** |
| **资格****审查****意见** | **经对照招聘条件严格审查，该同志符合邛崃市第二人民医院本次人员招聘条件。资格审查合格，同意参加聘任考核。****审查人签字：** **日期： 年 月 日** |