附件：

晋江市口腔医院招聘编外人员报名表

 报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 出生日期 |  | 政治面貌 |  | 身份证号码 |  |
| 学历情况 | 全日制教育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 专业职称及取得时间 |  | 健康状况 |  |
| 报名岗位序号 |  | 报名岗位 |  | 是否同意岗位调配 |  |
| 个人联系方式 |  | 通讯地址 |  |
| 学习简历 |  |
| 工作简历 |  |
| 我已仔细阅读《招聘公告》，理解其内容，符合报名条件。我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件、报名表所填写内容等均真实、准确、有效，并自觉遵守招聘工作的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行报名人员义务。对因提供有关信息、证明材料、证件不实，不符合政策规定，或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担一切责任。报名人员签名： 年 月 日 |

审核人：