附件

乐山市市中区医疗卫生共同体茅桥分院

（茅桥镇中心卫生院）

自主招聘工作人员信息表

报名序号： 报名时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 出 生 地 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历 |  | 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | | | 学 位 |  |
| 学习形式 |  | 应（往） 届 |  | 婚姻状况 |  |
| 身高（cm） |  | 体重（kg） |  | 健康状况 |  |
| 身份证  号码 |  | | | 户口所在地 （应届毕业生 填入学前地） |  | |
| 应聘岗位 |  | | | 联系电话 |  | |
| 工作经历 |  | | | | | |
| 获得过何种 专业证书，  有何专长 |  | | | | | |
| 家庭主要成 员及工作单 位和职务、  联系方式 |  | | | | | |
| 所受奖惩情 况 |  | | | | | |
| 本人承诺：以上所填报名信息属实。  医院如在招聘和聘用任何环节发现与报名条件不符，报名或聘用资格一律无效，且责任自负。  承诺人签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 资格审核结 果及意见 |  | | | | | |

注：“学习形式 ”填写全日制/非全日制。