|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第九六八医院应聘人员报名登记表  （2025年第二季度） | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照 片 |
| 民 族 |  | 出生日期 |  |
| 政治面貌 |  | 身 高 |  |
| 职 称 |  | 是否注册 |  |
| 学 历 |  | 毕业时间 |  |
| 所学专业 |  | 毕业院校 |  | |
| 婚 否 |  | 身份证号 |  | |
| 联系电话 |  | 其它联系电话 |  | |
| 户籍所在地 |  | 联系地址 |  | |
| 应聘岗位 |  | | | |
| 原工作地及 离职原因 |  | | | |
| 学习经历 （高中起点） |  | | | |
|
|
|
| 家庭情况 | 姓名 | 与本人关系 | 文化程度 | 工作单位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 诚信承诺 | 本人保证以上内容真实有效，否则后果自负。  报名人员签字： | | 审核意见、审核人签字（盖章）： | |
|
|
| 年 月 日 | | 年 月 日 | |