报考编号：

（由工作人员填写）

安康市中医医院2025年公开招聘编制备案制工作人员报名表

**基本情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生年月 |  | 照  片 |
| 政治面貌 |  | 籍 贯 |  | | 婚姻状况 |  |
| 身份证号 |  | | | 职称及取得时间 | |  |
| 报考岗位 |  | | | | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | | | | | |

**以下学历信息为最高学历信息**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学 历 |  | 毕业学校 |  | | |
| 学 制 |  | 专 业 |  | 毕业时间 |  |

**教育经历（从高中填起）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 起止年月 | 学校名称 | 担任何职务 | 证明人 |
| 年 月 — 年 月 |  |  |  |
| 年 月 — 年 月 |  |  |  |
| 年 月 — 年 月 |  |  |  |

**工作经历**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 起止年月 | 工作单位 | 担任何职务 | 证明人 |
| 年 月 — 年 月 |  |  |  |
| 年 月 — 年 月 |  |  |  |

**填表人承诺：本人保证以上所填内容真实有效，如有虚假，后果自负。**

本人签名：

2025年 月 日

**资格审查意见**

|  |
| --- |
| 审查员签名： 2025年 月 日 |