附件1：

珙县人民医院报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月（岁） |  | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 参加工作时间 |  | 专业技术职称 |  | 健康状况 |  |
| 学历学位 | 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 |  |
| 身份证号 码 |  | 电子邮箱地 址 |  |
| 现工作单位及职务 |  |
| 报考岗位名称 |  |
| 通讯地址 |  | 手机电话 |  |
| 学习工作简历 |   |
| 主要工作业绩及奖惩情况 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 其他需要说明的情况 |  |
| 报名信息确认 | 本人承诺：以上填报信息均为本人真实情况，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。  签字： 时间：  |
| 资格审查意见 |  （盖章） 年 月 日 |