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 | | | | | | | | | | |