上饶卫校附属医院（广丰区妇幼保健院）

招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 籍贯 |  | 相片 |
| 出生年月 |  | 婚否 |  | 政治面貌 |  |
| 第一学历 |  | 毕业学校 |  |
| 最高学历 |  | 毕业学校 |  |
| 所学专业 |  |
| 现工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 执业资格 |  |
| 联系地址 |  | 邮编 |  |
| 报名岗位 |  |
| 个人简历 |  年 月 至 年 月 | 在何单位学习或工作 | 任何职 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 应聘人员承诺签字 | 上述填写内容和提供的相关依据真实、有效，符合岗位所需的报考条件。如有不实，本人自愿放弃考试和聘用资格。应聘人签字： 年 月 日 |