|  |
| --- |
| **2020年三门县医疗卫生单位公开招聘事业编制工作人员报名表** |
| 报考单位： | 　 | 报考岗位： | 　 |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 2018年后免冠一寸彩照 |
| 身份证号码 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 户口所在地 | 　 | 户口不在台州的 是否台州生源 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 普通高校 最高学历 | 　 | 毕业时间 | 　 | 所学专业 | 　 |
| 成人高校 最高学历 | 　 | 　 | 　 |
| 最高学历毕业院校 | 　 |
| 参加工作时间 | 　 | 健康状况 | 　 | 专业技术或职业(执业)资格 | 　 |
| 现工作单位 | 　 | 工作职务 | 　 |
| 联系地址 | 　 | 邮政编码 | 　 |
| 联系电话 | 　 |
| 个人简历 |  |
|
|
|
|
| **本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃应聘资格并承担相应责任。** 报考承诺人（签名）： 年 月 日 |
|
|
| 招聘单位审核意见 |   （盖章） 年 月 日 |
|
|
|
|
|
| 备注 |  |
|
|