附件

武胜县城乡社区卫生健康专职岗位

招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 照 片  （2寸彩照） |
| 民 族 |  | 出生年月 | |  | |
| 政治面貌 |  | 健康状况 | |  | |
| 身份证号码 |  | | 学历 |  | 学校、  专业 |  |
| 户籍所在地 |  | | | | | |
| 联系电话 |  | | | 电子信箱 | |  |
| 家庭  地址 |  | | | | | |
| 个人简历 |  | | | | | |
| 奖励和处分 |  | | | | | |
| 本人承诺 | 1、本人自愿参加武胜县城乡社区卫生健康专职岗位招聘考试，保证本人相关信息真实。  2、本人将按照规定时间及时前往相应招聘地报到，并服从岗位分配，除不可抗力外，不以任何理由拖延。  3、服务期间，本人将自觉遵守国家法律和相关管理规定，爱岗敬业，尽职尽责。  本人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 备 注 | 此表正反双面打印。 | | | | | |