略 阳 县 人 民 医 院

编制外应聘人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 曾用名 |  | 性 别 |  | 民族 |  族 | 照 片（证件照） |
| 身份证号 |  | 出生年月日 |  | 年龄 |  岁 |
| 专业技术 职称 |  | 执业资格名称 |  |
| 联系电话 |  | 婚姻状况 | 未婚🞎 已婚🞎 |
| 通讯地址 |  |
| 本人身份 | 🞎2023年毕业生 🞎往届毕业生 🞎事业单位编制外聘用人员 🞎企业 🞎其他人员 |
| 专科 | 专业 |  | 毕业时间及院校 |  |
| 本 科 | 专业 |  | 学士学位 | 有🞎 无🞎 | 毕业时间及院校 |  |
| 研究生 | 专业 |  | 研究生学位 | 硕士🞎或  | 毕业时间及院校 |  |
| 本人学习 工作经历  | 起止时间 | 在何地何单位学习或工作 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 应聘岗位名称 |  | 专业 |  |
| 应聘人员承诺 | 本人承诺填写的信息及提供的材料均合法、真实、有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假或填写失实、失误，承诺放弃考核或聘用资格，并承担由此造成的一切后果。

|  |  |
| --- | --- |
| 应聘人签名 |  |
|  |   |

 年   月   日 | 资格初审意见 | 审核意见：审查人签名：         单位盖章： 年   月  日  |
| 资格复审意见 | 审核意见： 审查人： 年 月 日 |
| 备 注： | 1.应聘者须如实填写以上内容，如填报虚假信息者，取消考核或聘用资格；2.资格初审合格的，单位留存此表；3.应聘者需保持联系方式有效、畅通，以便联系。 |