附件4

彝良县医共体中医医院公开引进高层次人才报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月  （ 岁） |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 身体状况 |  |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 |  |
| 毕业证编号 |  | | | 毕业时间 |  | |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 |  | |
| 报考岗位 |  | | | 邮政编码 |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 学习及工作简历 |  | | | | | |
| 家庭主要  成员 |  | | | | | |
| 本人承诺 | 本人郑重承诺：保证以上所填资料真实、准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，承担因信息填写、提交资料错误导致的一切后果。  报考人签名：  年 月 日 | | | | | |

填表说明：个人简历从高中填起；身份证、毕业证、就业报到证、大中专毕业生就业推荐表等证件的复印件依次附本表后