|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |  |
| 出生年月 |  | 民族 |  |
| 婚姻状况 |  | 政治面貌 |  |
| 籍贯 |  | 身高 |  |
| 最高学历 |  | 联系电话 |  |
| 现工作单位 |  |
| 通讯地址 |  |
| 学习经历 | 起止时间 | 毕业学校 | 专业 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 工作单位 | 职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  本人承诺  | 本人申明：本表所填信息真实有效，如有虚假，本人愿意承担由此产生的一切后果。 签名： 日期： 年 月 日 |

百色市右江区人民医院招聘报名登记表