|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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