大连市中山区医疗集团2024年第十一次公开

招聘非事业编制工作人员报名登记表

 **报名序号：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 照片 |
| 性别 |  | 民族 |  | 出生日期 |  | 政治面貌 |  |
| 现居住地 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 毕业院校 |  | 学位类型 |  | 毕业时间 |  |
| 外语语种 |  | 等级水平 |  | 所学专业 |  |
| 专业技术职称 |  | 研究方向 |  |
| 工作单位 |  | 联系方式 |  |
| 应聘岗位 |  |
| 工作经历 |  |
| 诚信承诺 | 本人承诺以上填写的内容均真实有效，如与实际情况不符，后果自负。考生本人签名：  2024年 月 日  | 资格审查意见 |   审查人： 2024年 月 日 |
| 备注 |  |