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 |  | | | | | | | | | |