附件：

筠连县医疗健康集团（沐爱院区）2024年公开招聘专业技术人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月（ 岁） |  | 1寸近期免冠照片 |
| 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 |  |  |  |
| 职 称 |  |  |  |
| 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 |
| 资格审查意见 | 审核意见：   年 月 日 |

填表说明：个人简历从高中填起；报名所需证件（身份证、毕业证等）依次附本表后。