附件：

**巴马瑶族自治县妇幼保健院应聘人员报名表**

应聘岗位： 报名时间：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 近期2寸免冠证件照 |
| 政治面貌 |  | 民 族 |  | 健康状况 |  |
| 籍 贯 |  | 学 历 |  | 学 位 |  |
| 毕业时间毕业院校 |  | 专 业 |  |
| 婚姻状况  |  | 身高 |  |
| 身份证号码 |  | 现居住地 |  |
| 职 称 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历（从高中开始填写） |  |
| 获得过何种专业证书，有何专长 |  |
| 奖惩情况 |  |
| 报名人承诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿意承担由此产生的一切后果。 承诺人(本人手写签名)： 年 月 日  |
| 资格审查意见 | 审查人签名： |