|  |
| --- |
| **保亭黎族苗族自治县医疗集团2024年****考核招聘退休返聘派驻**保亭县看守所驻所医务人员**报名表** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴照片处(一寸彩色免冠照片) |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 专业 |  | 职称 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号码 |  | E-mail |  |
| 第一学历 |  | 学位 |  | 毕业院校 |  | 时间 |  |
| 第二学历 |  | 学位 |  | 毕业院校 |  | 时间 |  |
| 退休前工作单位 |  | 职务 |  |
| 报考职位 |  | 档案地址 |  |
| 个人简历 |  |
| 家庭主要成员 | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位及职务 | 户籍所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 报考人承 诺 | 本人符合报名条件的要求,所提供的各种相关资料和上述填写内容真实有效。如有不实，本人愿自动放弃本次报考资格，并承担由此引发的一切后果。 报名人签名： 年 月 日  |
| 资格审查意见 | 审查人签名：　　　　　　　负责人签名：　　　　　 （盖 章） 年 月 日 |

说明：此表为一式两份，所有项目要求如实填写，字迹清楚；因填表不实或联系电话无法联系到本人而造成的一切后果，由填表人承担；**签名处需手工签字。**