|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自贡市第一人民医院 | | | | | | | | | | | | |
| 招聘工作人员报名表 | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | | | 年龄 | |  | 民族 |  | |  |
| 身份证号码 | |  | | | | | | 籍贯 | |  | | 1寸近期 |
| 何时、何校毕业 | |  | | | | | | | | | | 免冠照片 |
| 学历、学位及专业 | |  | | | | | | | | | |  |
| 申报岗位 |  | | | 是否服从调配 | | |  | | | | | |
| 身高 |  | | | 体重 | | |  | | | | | |
| 执业资格 |  | | | | | 执业资格获得时间 | |  | | 首次参加工作时间 | |  |
| 职称取得情况 |  | | | | | 联系方式 | | 手机 |  | | | |
| 家庭电话 |  | | | |
| 有何特长 |  | | | | | | | | 健康状况 | |  | |
| 个人简历(学习、工作）及奖惩情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 配偶情况 | 姓名 |  | | | 年龄 |  | | 学历 |  | | 专业 |  |
| 工作单位及职务 | | | |  | | | | | | | |
| 家庭主要成员 | 姓名 | 与本人关系 | | | 工作单位及职务 | | | | 居住地址 | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | |
| 承诺 | 以下内容请本人手写后签名确认：  本人对以上内容的真实性、准确性和合法性负责，如有虚假，愿意承担相关责任  填表人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 审核情况 |  | | | | | | | | | | | |