附件

新丰县人民医院（新丰县医共体总医院）公开招聘报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 性别 |  | （照片） |
| 政治面貌 |  | 籍贯 |  | 民族 |  |
| 应聘岗位 |  | 联系电话 |  |
| 全日制学历/学位 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 最高学历/学位 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 执业资格 |  | 专业技术职称 |  |
| 婚育情况 |  | 与我院员工亲属关系 | 是/否，如是：与xxx是xx关系 |
| 项目 | 起止年月 | 学校名称及学历 | 专业 | 学习形式（全日制/业余） |
| 教育经历 |  年 月至 年 月 | xx大学，大专 |  |  |
|  年 月至 年 月 | xx大学，本科 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止年月 | 单位名称 | 部门及岗位 |
|  年 月至 年 月 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 自我评价 |  |
| 有何特长及突出业绩 |  |
| 家庭成员及主要社会关系 | 姓名 | 关系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 个人承诺 | 我已知晓招聘相关要求，确信符合招聘条件及职位要求。本人保证填报信息真实、完整、准确，如因个人填报失实或不符合招聘条件和职位要求而被取消招聘资格的，本人自行负责。  本人签名： 年 月 日 |