**附件：**

湖北大学医院应聘报名表

申报岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照 片 |
| 出生日期 |  | 婚姻状况 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历 |  | 所学专业 |  | 学习方式 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  | 学位类别 |  |
| 现家庭住址 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 教育经历 |  |
| 工作经历 |  |

本人承诺以上内容全部属实，自愿承担由此产生的一切后果。

填表人签字：

填表日期：