|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **剑阁县人民医院员额人员公开招聘报名表** | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 出生年月 | |  | | 1寸彩色照片  粘贴处 |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 | |  | 婚姻状况 | | 未婚 已婚 | |
| 身份证号码 |  | | | | 资格证 | |  | |
| 学历学位 |  | | 毕业院校及  专业 | |  | | | | |
| 现家庭住址 |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| 健康状况 | **健康 良好 差**  **既往史 家簇史 现病史 具体疾病名称为：**  **目前是否怀孕： 是 否** | | | | | | | | |
| 工作经历 （含实习） | 起止时间（年月—年月） | | | 工作单位 | | | 岗位 | | |
|  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |
| **本人承诺所填内容真实有效，如有隐瞒，本人同意本次考试成绩无效，且从查实之日起自动终止与医院的聘用关系。**  报名者本人签名确认： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 资格审核  意见 | 初审意见 | | | | | 复审意见 | | | |
| 初审人签名： 年 月 日 | | | | | 复审人签名： 年 月 日 | | | |