**磴口县巴镇社区卫生服务中心工作人员**

**报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生  年月 |  | （照片） | |
| 民 族 |  | 健康 状况 |  | 户籍地 |  |
| 政治 面貌 |  | 婚姻  状况 |  | 应聘 岗位 |  |
| 身份证号 |  | | 联系 电话 |  | |
| 全日制教育学历 |  | 毕业院校及专业 |  | | | 起止 时间 |  |
| 在职教育学历 |  | 毕业院校及专业 |  | | | 起止 时间 |  |
| 取得资格、职称证书  名称 | |  | | | | | |
| 证书编号 | |  | | | | | |
| 发证机关 | |  | | | | | |
| 工作简历 |  | | | | | | |
| 应聘人  承诺 | 本人保证所填写的上述信息真实、准确。如因提供虚假或遗漏相关信息导致用人单位误解而与本人签订劳动合同的，在试用期内，用人单位可以本人不符合录用条件而解除劳动合同，在试用期过后劳动合同期限内，用人单位可以因本人严重违反用人单位的规章制度而与本人解除劳动合同关系。  应聘人签名：    年 月 日 | | | | | | |