附件：

|  |
| --- |
| 永仁县县域医共体编外人员招聘报名表 |
| 报考单位及岗位 |  |  |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 性 别 |  | 民 族 |  | 出生日期 |  |  |
| 籍 贯 |  | 出生地 |  | 年 龄（岁） |  | （证件照） |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校（最高学历） |  |
| 专 业 |  |
| 是否资格证 |  | 取得时间 |  | 资格证名称 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 通讯地址 |  |
| 个人简历 |  |
| 承诺 | 姓名： 身份证号码： 针对本次报名做出如下承诺：1.我已仔细阅读招聘公告，清楚并理解其内容；2.本次考试提交的所有资料，本人承诺真实有效，如提供虚假信息，本人自愿放弃考试资格或聘用资格。由本人承担相应法律责任。   本人签名：  时间： 年 月 日 |
|
|
|
|
|
| 资格审查意见 |  | （盖章）  年 月 日 |