

榆次区医疗集团应聘人员登记表

填表日期： 年 月 日

姓 名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月	一寸 红底 照片
身份证号				政治面貌	
联系电话				入党时间	
常住地址					
户口性质	<input type="checkbox"/> 农户 <input type="checkbox"/> 非农		婚姻状况	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	
学习经历 (高中起)	学历	学位	专业	毕业院校	毕业时间
	中专/高中				
	大专				
	本科				
	其他				
工作经历	工作单位		岗位	职务	起止时间
资格证类型			证书编号		
报考单位			报考岗位		
资格审查 诚信承诺	<p>本人保证提交的个人信息和相关材料属实，若有不真实、不准确或弄虚作假，本人愿意随时接受聘用机构做出的相应处理并承担全部后果。</p> <p style="text-align: right;">报名人签字：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				
资格审查 意见及复核	<input type="checkbox"/> 同意报考 <input type="checkbox"/> 不予通过			<input type="checkbox"/> 同意报考 <input type="checkbox"/> 不予通过	
	审核人：			复核人：	

备注：1、报考单位：榆次区人民医院、榆次区乡镇卫生院、社区服务中心。

2、报考岗位：专技1—5、管理1。