

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		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。 报名人签字： 年 月 日				
资格审查 意见及复核		<input type="checkbox"/> 同意报考 <input type="checkbox"/> 不予通过 审核人：			<input type="checkbox"/> 同意报考 <input type="checkbox"/> 不予通过 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。