**2017年柳城县乡镇卫生院**

**公开免笔试招聘基层医疗卫生机构工作人员报名表**

**报考单位名称： 报考职位名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 |  | 出生  年月 | |  | | | | 近期一寸免冠照片 |
| 户口  所在地 | |  | | | 民族 |  | 政治  面貌 | | |  | | |
| 全日制教育学历 | | |  | | | 毕业院校及专业 |  | | | | | |
| 在职教育  学历 | | |  | | | 毕业院校及专业 |  | | | | | |
| 身份证号码 | | | |  | | | | 取得何种执业资格证 | | |  | | |
| 现工作单位 | | |  | | | | | 固定电话 | | | |  | |
| 移动电话 | | | |  | |
| 通讯地址 | | |  | | | | | 邮编 | | | |  | |
| 学  习  和  工  作  简  历 | |  | | | | | | | | | | | |
| 奖  惩  情  况 | |  | | | | | | | | | | | |
| **本人承诺：上述填写内容和提供的相关依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。**  **报考承诺人（签名）： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | 审核人（签字）：                   年  月   日 | | | | | | | | | | | | |

**注意：本表填写一式3份。报名时上交2份，自存1份。**