|  |
| --- |
| 凯里市妇幼保健院招聘报名表 |
| 　 | 　 |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 近期免冠照片 (1寸) |
| 籍 贯 | 　 | 民族 | 　 | 政治面貌 | 　 |
| 毕业学校 及时间 | 　 | 所学专业 | 　 |
| 是否全日制 | 　 | 学历 | 　 | 身份证号 | 　 |
| 家庭详细 住址 |   |
| 现工作单位 | 　 | 技术职称 | 　 | 是否国家工作人员 | 　 | 报考岗位 代码 | 　 |
| 是否符合报考岗位资格条件 | 　 | 本人联系电话 | 　 | 其他联系 电话 | 　 |
| 主要学习、 工作简历 | （从专科或本科就读开始至现在） |
|
| 诚信承诺 |  本报名表所填写的信息、所提交的证件均真实有效，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。  |
|
|  考生（签名）: 代报人（签名）： |
| 报名资格 审核意见 |  审查人（签名）: 年 月 日 |
|

注：报名表一式两份，招聘单位一份，考生一份。