|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。