|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 海口市皮肤性病防治中心公开招聘人员报名登记表 | | | | | | |
| 填表时间： 年 月 日 | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 相片 |
| 出生日期 |  | 籍贯 | |  | |
| 民族 |  | 政治面貌 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 考生类型 |  | | | 报考岗位 | |  |
| 学历/学位 |  | | | 所学专业 | |  |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 | |  |
| 健康状况 |  | | | 参加工作时间 | |  |
| 现工作单位 |  | | | 职称 | |  |
| 现居住地 |  | | | 固话及手机号码 | |  |
| 家庭地址 及邮政编码 |  | | | 个人Email | |  |
| 个人简历 （从大学填起） |  | | | | | |
| 所受奖惩情况 |  | | | | | |
| 获取的证书 及特长 |  | | | | | |
| 考生诚信承诺（必填） | 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。 | | | | | |
| 签名（盖章）： 年 月 日 | | | | | |
| 资格初审意见 |  | | 资格复审意见 | |  | |
| 审查人签名： | | 复审人签名： | |
| 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| 注：考生类型请填普通应届毕业生\往届毕业生\事业单位职工\企业职工\待业人员等。 | | | | | | |