**通辽市科尔沁区第四人民医院公开招聘医务人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性别 |  | | 民族 |  | | 二寸免冠彩色  同底证件照片 | |
| 出生日期 |  | | | | 籍贯 |  | | 政治面貌 |  | |
| 身份证  号 码 |  | | | | 联系电话 |  | | | | |
| 是否为应届毕 业 生 |  | | | | 报考岗位 |  | | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | | | | | | |
| 全日制  学 历 |  | | 毕业学校及 专 业 | |  | | | | 毕业  时间 | |  | |
| 在校期间  担任职务 |  | | | | | 专业技术资格 | | |  | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 个 人  简 历 |  | | | | | | | | | | | |
| 原工作  单 位 |  | | | | | 原工作岗位  及 职 务 | | | |  | | |
| 本人承诺 | 本人所填情况全部属实，如有虚假，自动取消聘用资格。  承诺人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 资格审查  审核人签字 | | 笔试成绩 | | 面试成绩 | | | 总成绩 | | | | | 是否录用 |
|  | |  | |  | | |  | | | | |  |

注：有工作经历的报考人员需填写原工作单位及岗位、职务。