序号：

**2017年长汀县妇幼保健院公开招聘卫生专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠1寸彩照 |
| 户籍所在地 |  | 身份证号码 |  |
| 通讯地址 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 毕业时间、院校及专业 |  |
| 专业技术任职资格 |  | 联系电话 | 本人 |  |
| 报考岗位 |  | 家属 |  |
| 工作简历（有工作经历者填写） |
|  |
| 本人承诺：上述填写内容和提供的有关材料依据真实，符合招聘公告的报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。承诺人（签名）： 年 月 日  |