附件：

**海南省妇幼保健院2017年考核招聘人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 身份证号 |  | 贴照片处 |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | 身高 |  |
| 第一学历 |  | 最高学历 |  |
| 毕业院校/专 业 |  | 毕业院校/专 业 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业时间 |  |
| 最高学位名称 |  | 掌握外语及程度 |  | 计算机掌握程度 |  |
| 已考取有关资格 |  | 专业技术职务 |  | 应聘岗位 |  |
| 现工作单位 |  | 现工作岗位年限 |  | 是否服从岗位调剂 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  | 户籍所在地 |  |
| 简 历（自高中起，时间到月） |  |
| 工作或社会实践经历 |  |
| 奖 惩情 况 |  |
| 主要科研成果（论文、著作等） |  |
| 应聘承诺 | 以上所填内容属实，若有虚假，所聘单位有权解除聘用合同。 应聘者签名： |

  填表时间： 年 月 日

注：1、本表中所填内容以及所提供材料均真实有效，如有不实之处，取消聘用资格。

2、为保证顺利报名，请用快递投寄。