**昭平县基层医疗卫生事业单位面向全区**

**公开招聘专业技术人员报名表**

报考单位及岗位 ： 2018年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （小二寸照片） |
| 参加工作时间 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 户口所在地 |  | 职称 |  | 健康状况 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 在职教育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 学习及工作简历 |  |
| 应聘承诺 |  以上填写内容属实，如有虚假，本人自愿放弃应聘资格。 承诺人： 年 月 日 |