**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 | | | | | |