**附件4：**

**2018年范县卫生系统公开招聘人事代理人员**

**报名登记表**

**注：联系电话写两个号码并且最好留本地号码。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性别 |  | 籍　贯 |  | | | | | | | 照 片 |
| 出　生  年 月 |  | 民族 |  | 户口所在　地 |  | | | | | | |
| 政　治  面　貌 |  | 学历 |  | 学　位 |  | | | 婚 否 | |  | |
| 全日制学历毕业院校及专业 |  | | | | | | | 毕 业  时 间 | |  | |
| 现工作  单 位 |  | | | | | | | 参加工作时间 | |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | 专业技术资格 | | | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 个人简历  及特长  （从高中写起） |  | | | | | | | | | | | |
| 本　人  承　诺 | 本报名表所填写的信息准确无误,所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。  　　 　　　　　　　　　　　　　 报名人（签名）：  　　 　　　　　　　　　　　　　 年 　 月 　 日 | | | | | | | | | | | |
| 报考单位 |  | | | | | 报考岗位 | | |  | | | |
| 资 格  审 查  意 见 | 审查人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |