|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓    名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 照  片 |
| 出生年月 |  | 学 历 |  | 学位 |  |
| 毕业学校 |  | 专   业 |  |
| 毕业时间 |  | 政治面貌 |  | 联系电话 |  |
| 执业类别 |  | 特 长 |  |
| 身份 |  | 家庭住址 |  |
| 证号 |
| 工作简历 |  |
| 报名考生签字确认 | 1、本人填写的信息及提供的材料均合法、真实、有效，符合报考职位所需的资格条件。如有弄虚作假或填写失实、失误，承诺自动放弃考试或聘用资格； |
|
| 2、保证所填报的联系电话在考试期间通讯畅通，否则错过重要信息而影响考试聘用的，责任自负。 |
|
|                   报考人员签名： |
|
|                                     年    月    日 |
| 审核意见 |     （ 盖章 ）     年    月   日 |
|

回龙圩管理区2020年基层卫生急需紧缺人才公开招聘报名登记表