附件

**高平市人民医院**

**公开招聘聘用制医学类专业技术人员报名表**

所报岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出 生年 月 |  | 一寸红底照片 |
| 民族 |  | 政 治面 貌 |  | 婚 姻状 况 |  |
| 籍贯 |  | 户口所在地 |  | 专 业 |  |
| 身份证号码 |  | 联 系电 话 | （请填写两个联系电话） |
| 家庭详细住址 |  | 现具有任职资格及取得时间 |  |
| 教育经历 | 学历 | 学位 | 在校起止时间 | 毕业院校及专业 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 |  |
| 家庭成员以及主要社会关系 | 姓名 | 与本人关系 | 出生年月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺 | 本人所提供（填写）的个人信息、证件、证明材料，真实、准确。若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。年 月 日 |